

學生姓名 _____ 班級： _____ 年 _____ 班 _____ 號

身高： _____ 公分 體重 _____ 公斤 BMI _____ 生長發育評值 過輕 適中 過重 超重

檢查結果總評：
無異狀 雖然有異狀，但目前不需追蹤治療，請持續觀察。
有異狀，請家長陪同學生至醫療院所追蹤矯正與治療。

※在校健康檢查為基本篩檢，不代表正式醫療診斷，本通知僅提供您作為貴子弟健康管理參考，通知「無異狀」仍請關心健康情形，定期檢查；通知「有異狀」者，須追蹤檢查並諮詢專業人員，請依建議科別至醫療院所複診或矯治，並註記於下方健康檢查複診結果，交回學校健康中心以維護學生健康權益。

檢查項目	檢查內容、檢查結果及建議事項		醫事人員	
	(✓)：表示有異狀，請依建議科別接受複查診治。 (△)：表示有異狀，目前不需追蹤治療，請持續觀察。 (X)：不同意在校受檢			
血壓 (高中職)	收縮壓： _____ mm/Hg 舒張壓： _____ mm/Hg 心跳(脈搏)： _____ 次/分			
眼科	<input type="checkbox"/> 辨色力初查無異狀 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 (無需矯治)	<input type="checkbox"/> 聽力初查無異狀 聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 (國小適用) <input type="checkbox"/> 初查無異狀 <input type="checkbox"/> 耳膜破損： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 耳道畸形： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 耳垢栓塞： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其他： _____	眼	
	<input type="checkbox"/> 初查無異狀 <input type="checkbox"/> 斜視： <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他 _____		耳鼻喉科	耳鼻喉
頭頸	<input type="checkbox"/> 初查無異狀 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他 _____	腹部 <input type="checkbox"/> 不同意受檢	<input type="checkbox"/> 初查無異狀 <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
胸部	<input type="checkbox"/> 初查無異狀 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其他 _____	脊柱 四肢	<input type="checkbox"/> 初查無異狀 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 (高中生待 X 光檢查判讀結果再複檢) <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
泌尿生殖 (僅限男生)	<input type="checkbox"/> 初查無異狀 <input type="checkbox"/> 隱罩(國小一年級) <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 其他 _____	皮膚	<input type="checkbox"/> 初查無異狀 <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
口腔檢查 (為維護口腔健康，每3-6個月需至牙科診所檢查)	未治療齶齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 已治療齶齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 恆牙第一大臼齒齶齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 26、 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 46 恆牙第一大臼齒窩溝封填： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (※國中小) <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 乳牙待拔牙 <input type="checkbox"/> 待拔牙 <input type="checkbox"/> 贅生牙 <input type="checkbox"/> 缺牙 <input type="checkbox"/> 阻生牙 <input type="checkbox"/> 咬合不正 (<input type="checkbox"/> 矯正中 <input type="checkbox"/> 矯正拔牙) <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 (※國高中) <input type="checkbox"/> 其他 _____		牙	

承辦醫院： 臺北市立聯合醫院 院區 _____

檢查日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日



學生姓名 _____ 班級： _____ 年 _____ 班 _____ 號

回條請於 _____ 年 _____ 月 _____ 日前
繳回健康中心彙整

建議複診科別	診療日期	醫療院所名稱	診療結果	其他請說明
			<input type="checkbox"/> 複查無異狀 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 輕微異常建議追蹤	
			<input type="checkbox"/> 複查無異狀 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 輕微異常建議追蹤	
			<input type="checkbox"/> 複查無異狀 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 輕微異常建議追蹤	

家長聯絡事項： _____ 家長簽章： _____ (一式二聯，學校及家長各收執一聯)