

彰化縣 113 學年度學生健康檢查紀錄單

彰化縣

學年度

學校

班級：

座號：

姓名：

檢查日期：

體重過輕，低於 1 %

血壓：_____ 身高：_____公分 體重：_____公斤 BMI：_____

體重過重，大於 PR97

檢查項目	轉介建議	檢查內容及結果
眼	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 建議轉診 <input type="checkbox"/> 注意觀察	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 其他_____
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 建議轉診 <input type="checkbox"/> 注意觀察	<input type="checkbox"/> 聽力異常(左、右) <input type="checkbox"/> 耳道畸形(左、右) <input type="checkbox"/> 耳膜破損(左、右) <input type="checkbox"/> 耳垢栓塞(左、右) <input type="checkbox"/> 耳前瘻管(左、右) <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 扁桃體腫大 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其他_____
頭頸	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 建議轉診 <input type="checkbox"/> 注意觀察	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他_____
胸腔及外觀	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 建議轉診 <input type="checkbox"/> 注意觀察 <input type="checkbox"/> 未受檢	<input type="checkbox"/> 心肺疾病(<input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其他心肺疾病) <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 胸廓異常： <input type="checkbox"/> 雞胸 <input type="checkbox"/> 其他_____
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 建議轉診 <input type="checkbox"/> 注意觀察	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 多併指/趾 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 其他肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 扁平足 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 其他_____
腹部	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 建議轉診 <input type="checkbox"/> 注意觀察 <input type="checkbox"/> 未受檢	<input type="checkbox"/> 腹部異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他_____
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 建議轉診 <input type="checkbox"/> 注意觀察 <input type="checkbox"/> 未受檢	<input type="checkbox"/> 包皮異常(<input type="checkbox"/> 包莖 <input type="checkbox"/> 包皮過長) <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 隱罩 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____
皮膚	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 建議轉診 <input type="checkbox"/> 注意觀察	<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 黑色棘皮症 <input type="checkbox"/> 青春痘 <input type="checkbox"/> 其他_____
口腔	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 注意觀察 <input type="checkbox"/> 建議轉診	1. 黏膜狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 需轉介 2. 恆牙白齒之溝隙封填： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 3. 其他： <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 咬合不正_____

牙位檢查代碼 C-齶齒 △-已矯治 X-缺牙 /-待拔牙(因齶齒造成之殘根) ϕ-阻生牙 Sp.-贅生牙 h 乳牙待拔

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
上			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上		
右													左		
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
下															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

建議複診科別	<input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 醫院	<input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 醫院	<input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 醫院
備註	<input type="checkbox"/> 需立即就診 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 需立即就診 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 需立即就診 <input type="checkbox"/> 其他：