

國立金門大學學生健康檢查實施要點

中華民國99年5月25日98學年度第二學期衛生委員會議審議

中華民國99年6月2日98學年度第二學期行政會議審議通過

中華民國103年1月8日102學年度第一學期衛生委員會議審議

中華民國105年9月21日105學年度第一學期第二次行政會議通過

中華民國107年12月12日107學年度第一學期衛生委員會審議

中華民國108年3月6日107學年度第二學期第二次行政會議審議

中華民國109年5月13日108學年度第二學期衛生委員會審議

一、為健全及落實本校健康管理與促進工作，及早發現學生疾病與體格缺點並追蹤矯治，依據教育部「學校衛生法」、「學生健康檢查實施辦法」，訂定「國立金門大學學生健康檢查實施要點」(以下簡稱本要點)。

二、實施方式：

(一) 本校每年於新生入學時應繳交統一規格醫院證明之健康資料，新生自行至合格醫療院所檢查，必要時得由學校統一辦理，並進行後續健康管理與促進工作。

(二) 辦理健康檢查前，應通知學生及家長，說明檢查之意義、項目及注意事項並將學生健康基本資料及平日健康狀況，提供檢查人員參考。

(三) 無法於時間內檢查者，須於事前通知衛生保健室或提出請假證明，並自行至合格醫療院所檢查，於開學1個月內將檢查報告送交衛生保健室。

(四) 轉學生須將原就讀學校體檢結果報告(加蓋原學校承辦單位戳章)，並於開學後1個月內繳至衛生保健室，並需另繳交入學前3個月內胸部X光檢查報告。

(五) 復學生須檢附3個月內健康檢查資料，並於開學後1個月內繳至衛生保健室。

(六) 受檢者若為外籍、陸籍人士，需於申請來台時繳交符合疾病管制局規定之外籍、陸籍人士辦理居留或定居時體檢之健檢項目之報告書。

(七) 新生入學檢查項目，依教育部公布之學生健康檢查基準表為準，並完成本校「學生健康資料卡」、「健康檢查紀錄表」(如附件)。

(八) 學生在校期間，得視需要做不定期之相關健康檢查，以維護學生身心之健康。

(九) 家長知悉學生罹患心臟病、氣喘、癲癇、糖尿病、血友病、癌症、精神病及其它重大傷病，應即以書面通知學校，以便列冊追蹤管理與輔導。

(十) 學生健康檢查結果，由衛生保健室以書面通該生或家長。

1、如有體檢異常之學生，應催促其儘速複檢矯治。

2、重大特殊疾病及身心障礙者，則列入輔導管理。並知會其導師及相關單位及人員，特予關注，以降低意外產生。

(十一) 學生健康檢查資料應予保密，不得無故洩漏。但應教學、輔導、醫療之需要，經學生家長同意或依其他法律規定應予提供者，不在此限。

(十二) 本校學生均應接受衛生機關規定之預防接種。

(十三) 學校應將學生健康檢查及矯治結果，依規定格式予以記錄並建檔統計。必要時，應知會相關人員共同維護學生活動安全，並依健康檢查結果辦理學生健康促進活動。

(十四) 未繳交體檢資料卡之學生，依本校學生獎懲辦法及其他相關規定辦理(須於完成健康檢查後方可領取學生證，必要時得延緩核發學生證)，並於在學期間繼續催繳體檢資料。

三、本要點經衛生委員會議審議，提請行政會議通過後，陳請校長核定後公佈實施，修正時亦同。

國立金門大學學生健康資料卡（本頁請自行填寫）												學號																		
■為確保個人隱私，本資料僅提供健康中心統計之用。																														
學生基本資料	入學日期		年 月		就讀系所、班（組）別								姓名																	
	出生日期		年 月 日		血型				性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		身分證字號																	
	戶籍地址												學生本人行動電話				相片黏貼處													
	現居地址		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：																											
	緊急聯絡人、 監護人或 附近親友		關係	姓名		電話(家)		電話(公)		行動電話																				
健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病										特殊疾病現況或應注意事項																			
	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____										<input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要																			
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核 <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 14.癌症：_____																													
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____																													
<input type="checkbox"/> 4.肝炎 <input type="checkbox"/> 10.蠶豆症 <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____																														
<input type="checkbox"/> 5.氣喘 <input type="checkbox"/> 11.關節炎 <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____																														
<input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 <input type="checkbox"/> 18.其他：_____																														
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別_____																														
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別_____等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度																														
若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，請主動告知並提供就診病歷摘要，以作為照護參考																														
家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____																														
生活型態	※ 請勾選最合適的選項： 1. 過去7天內（不含假日），睡眠習慣： <input type="checkbox"/> ①每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> ②不足7小時 <input type="checkbox"/> ③時常失眠 2. 過去7天內（不含假日），早餐習慣： <input type="checkbox"/> ①都不吃 <input type="checkbox"/> ②有時吃，____天 <input type="checkbox"/> ③每天吃，幾點吃？____點 3. 過去一個月內（不含假日及寒暑假），若以每週至少運動3次，每次至少30分鐘為基準，心跳達每分鐘130下，您做到了嗎： <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有 4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②時常吸菸 <input type="checkbox"/> ③每天吸菸，____支/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②時常喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒，____杯/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 （1杯的定義：啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml） 6. 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔，____粒/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除										7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 11. 月經情況（女生回答） (1)初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，初經年齡：____歲 (2)月經週期？ <input type="checkbox"/> ①≤20天 <input type="checkbox"/> ②21-40天 <input type="checkbox"/> ③≥41天 <input type="checkbox"/> ④不規律（差異7天以上） (3)有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重 12. 排便習慣：過去7天內，多久排便一次？ <input type="checkbox"/> ①每天至少一次 <input type="checkbox"/> ②兩天 <input type="checkbox"/> ③三天 <input type="checkbox"/> ④四天以上 13. 網路使用習慣：過去7天內(不含假日)每日除了上課及作功課需要之外，累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/> ①每天少於1小時 <input type="checkbox"/> ②每天約1-2小時 <input type="checkbox"/> ③每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> ④每天約4-5小時 <input type="checkbox"/> ⑤每天約5小時或以上																			
	1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？ <input type="checkbox"/> ①極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤不好 2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？ <input type="checkbox"/> ①極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤不好																													
自我健康評估	※ 目前有哪些健康問題？請敘述：																													

國立金門大學學生健康檢查記錄表（本頁由醫事人員填寫）

全身檢查項目		檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選）														檢查醫事人員簽章			
身高： 公分 體重： 公斤		腰圍 公分																	
血壓： / mmHg 脈搏： 次/分																			
視力檢查		裸視：左眼 右眼 矯正視力：左眼 右眼																	
眼		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他 _____															
耳鼻喉		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耳聾堵塞 <input type="checkbox"/> 其他 _____															
頭頸		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他 _____															
胸腔及外觀		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他 _____															
腹部		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他 _____															
脊柱四肢		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他 _____															
泌尿生殖		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未檢查		<input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他 _____															
皮膚		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<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		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他 _____															
牙齒位置圖		檢查代碼		C-齲齒 X-缺牙 △-已矯治 ϕ-阻生牙 Sp.-贅生牙															
右上		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上	
右下		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下	
總評建議		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 _____ 科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：														承辦檢查醫院簽章			
實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果		實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果											
			異常註記	追蹤				異常註記	追蹤										
尿液檢查	尿蛋白（+）（-）				血脂肪	總膽固醇（mg/dl）													
	尿糖（+）（-）					腎功能檢查	肌酸酐（mg/dl）												
	潛血（+）（-）						尿酸（mg/dl）												
	酸鹼值						血尿素氮（mg/dl）												
血液常規檢查	血色素（g/dl）				肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶（U/L）													
	白血球（10 ³ /μL）					麩胺酸丙酮酸轉胺酶（U/L）													
	紅血球（10 ⁶ /μL）				血清免疫學	B型肝炎表面抗原													
	血小板（10 ³ /μL）					B型肝炎表面抗體													
	平均血球容積 MCV（fl）				其他														
	血球容積比 Hct（%）																		
胸部 X 光檢查	檢查日期	檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 其他 _____														複查矯治、日期及備註：			
	檢查名稱		檢查日期		檢查單位		檢查結果		轉介複查追蹤及備註										
臨時性檢查																			
健康管理綜合紀錄	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄																		

National Quemoy University Student Health Examination Form

National Quemoy University Student Health Examination Form										Student No.																
Contact Information	Date of Entry		(yy)/(mm)/		Dept./Institute/Class						Name															
	Date of Birth		(yy)/(mm)/(dd)		Blood Type				Sex		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		I.D. No.													
	Permanent address												Cell phone No.													
	Mailing address		If different from above:																							
	Emergency contact (Parents or guardian)		Relationship		Name		Phone (home)		Phone (work)		Cell phone No.															
Health	Medical History										Details of particular item/s or other matters requiring attention															
	Please tick any of the following ailments you have had (<i>please add details for 13. to 18.</i>):										<input type="checkbox"/> Details given in the attached file.															
	<input type="checkbox"/> 1. None <input type="checkbox"/> 7. Epilepsy <input type="checkbox"/> 13. Psychological or mental illness: _____ <input type="checkbox"/> 2. Tuberculosis <input type="checkbox"/> 8. SLE (Lupus) <input type="checkbox"/> 14. Cancer: _____ <input type="checkbox"/> 3. Heart disease <input type="checkbox"/> 9. Hemophilia <input type="checkbox"/> 15. Thalassemia: _____ <input type="checkbox"/> 4. Hepatitis <input type="checkbox"/> 10. G6PD deficiency <input type="checkbox"/> 16. Major surgery: _____ <input type="checkbox"/> 5. Asthma <input type="checkbox"/> 11. Arthritis <input type="checkbox"/> 17. Allergy to: _____ <input type="checkbox"/> 6. Kidney disease <input type="checkbox"/> 12. Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> 18. Other: _____																									
	<input type="checkbox"/> Holder of Catastrophic Illness Certificate - Category: _____ <input type="checkbox"/> Holder of Physical/Mental Disability Manual - Category: _____ Level: <input type="checkbox"/> Very serious <input type="checkbox"/> Serious <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Mild																									
	If you are being treated for or recovering from any of the above or some other disease, please inform the medical personnel and also provide your medical records for the healthcare professionals' references.																									
Lifestyle	Family medical history: relative with hereditary disease _____ Name of disease _____																									
	※ Tick the box that best describes your lifestyle: 1. How much did you sleep during the past 7 days (<i>not including weekends, or days off</i>)? <input type="checkbox"/> ① ≥ 7 hours a day <input type="checkbox"/> ② < 7 hours a day <input type="checkbox"/> ③ I suffer from insomnia 2. How many days did you eat breakfast during the past 7 days (<i>not including weekends, or days off</i>)? <input type="checkbox"/> ① Never <input type="checkbox"/> ② Seldom: _____ days <input type="checkbox"/> ③ Every day at (time)? _____ 3. During the past month (<i>not including weekends, days off, or winter or summer vacation</i>), have you exercised three times a week, for at least 30 minutes each time, and achieving a heartbeat rate of 130 bpm each time? <input type="checkbox"/> ① Yes <input type="checkbox"/> ② No 4. During the past month, did you smoke? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Often <input type="checkbox"/> ③ Every day: _____ # cigarettes per day <input type="checkbox"/> ④ Quit 5. During the past month, did you drink alcohol? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Often <input type="checkbox"/> ③ Every day: _____ # glasses per day <input type="checkbox"/> ④ Quit (Note for ③: please say how many glasses, 'one glass' means: beer 330 ml, wine 120 ml, liquor 45 ml) 6. During the past month, did you chew betel quid? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Often <input type="checkbox"/> ③ Every day, _____ # quids per day <input type="checkbox"/> ④ Quit										7. Do you regularly feel chest discomfort? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Seldom <input type="checkbox"/> ③ Often 8. Do you regularly feel stomach discomfort? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Seldom <input type="checkbox"/> ③ Often 9. Do you regularly have headaches? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Seldom <input type="checkbox"/> ③ Often 10. Menstrual history (<i>women only</i>): (1) Your age at first menstruation: <input type="checkbox"/> ① Haven't begun menstruation yet <input type="checkbox"/> ② Age at first period: _____ (2) Length of menstrual cycle: <input type="checkbox"/> ① ≤ 20 days <input type="checkbox"/> ② 21-40 days <input type="checkbox"/> ③ ≥ 41 days <input type="checkbox"/> ④ irregular (<i>differing in length by more than 7 days</i>) (3) Do you have painful menstrual periods? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Light pain <input type="checkbox"/> ③ Severe pain 11. Bowel habits: During the past 7 days, how often did you defecate? <input type="checkbox"/> ① At least once every day <input type="checkbox"/> ② Once in 2 days <input type="checkbox"/> ③ Once in 3 days <input type="checkbox"/> ④ Once in 4 or more days 12. Internet use: During the past seven days (<i>not including weekends, or days off</i>), how many hours did you use the internet every day, apart from when doing homework or in class? <input type="checkbox"/> ① ≤ 1 hour <input type="checkbox"/> ② 1-2 (less than) hours <input type="checkbox"/> ③ 2-4 (less than) hours <input type="checkbox"/> ④ 4-5 (less than) hours <input type="checkbox"/> ⑤ ≥ 5 hours															
	In general, during the past month, would you say your health is <input type="checkbox"/> ① Excellent <input type="checkbox"/> ② Very good <input type="checkbox"/> ③ Good <input type="checkbox"/> ④ Fair <input type="checkbox"/> ⑤ Poor In general, during the past month, would you say your mental health is <input type="checkbox"/> ① Excellent <input type="checkbox"/> ② Very good <input type="checkbox"/> ③ Good <input type="checkbox"/> ④ Fair <input type="checkbox"/> ⑤ Poor ※ Do you currently have any health concerns? Please give details:																									

Health Examination Record (to be completed by medical personnel)										Date: Year_____ Month_____ Day_____										Examiner's Signature																																																																	
Height:_____cm Weight:_____kg										<input type="checkbox"/> Waistline:_____cm																																																																											
Blood Pressure:_____/_____/____mmHg Pulse rate:_____/min																																																																																					
Vision: Uncorrected: Left_____ Right_____ Corrected: Left_____ Right_____																																																																																					
Eyes		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Color blindness <input type="checkbox"/> Other:_____																																																																																	
ENT		<input type="checkbox"/> Normal		Hearing abnormality: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Suspected otitis media (<i>further diagnosis required</i>), such as from a perforated ear drum <input type="checkbox"/> Swollen tonsils <input type="checkbox"/> Earwax embolism <input type="checkbox"/> Other:_____																																																																																	
Head & Neck		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Wry neck (torticollis) <input type="checkbox"/> Abnormal mass <input type="checkbox"/> Other:_____																																																																																	
Chest		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Cardiopulmonary disease <input type="checkbox"/> Abnormal thorax <input type="checkbox"/> Other:_____																																																																																	
Abdomen		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Abnormally swollen <input type="checkbox"/> Other:_____																																																																																	
Spine & limbs		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Scoliosis <input type="checkbox"/> Limb deformity <input type="checkbox"/> Difficulty squatting <input type="checkbox"/> Other:_____																																																																																	
Genitourinary system		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Not checked		<input type="checkbox"/> Abnormal foreskin <input type="checkbox"/> Varicocele <input type="checkbox"/> Other:_____																																																																																	
Skin		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Ringworm <input type="checkbox"/> Scabies <input type="checkbox"/> Wart <input type="checkbox"/> Atopic dermatitis <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Other:_____																																																																																	
Oral		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Poor oral hygiene <input type="checkbox"/> Calculus <input type="checkbox"/> Gingivitis <input type="checkbox"/> Periodontitis <input type="checkbox"/> Dental malocclusion <input type="checkbox"/> Abnormal Oral Mucosa <input type="checkbox"/> Other:_____																																																																																	
Dentition status: C-cavity; X-missing; Δ- filled; ϕ - impacted tooth; Sp.- supernumerary tooth																																																																																					
Upper Right		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td></td></tr> <tr><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																															18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																			Upper left	
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																						
Lower Right																Lower Left																																																																					
Summary		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Requires a consultation with a: _____ <input type="checkbox"/> Other: _____														Stamp of hospital/clinic where examination was done																																																																					
Laboratory Tests		1 st test	Result		Laboratory Tests		1 st test	Result																																																																													
			Abnormal	Follow up				Abnormal	Follow up																																																																												
Urinalysis	Protein (+) (-)				Blood lipid	Total cholesterol (mg/dl)																																																																															
	Sugar (+) (-)				Renal function	Creatinine (mg/dl)																																																																															
	O.B. (+) (-)					UA (mg/dl)																																																																															
	pH					BUN (mg/dl)※																																																																															
Blood test	Hb (g/dl)				Liver function	SGOT (U/L)																																																																															
	WBC (10 ³ /μL)					SGPT (U/L)																																																																															
	RBC (10 ⁶ /μL)				Hepatitis B	HBsAg																																																																															
	Platelet count (10 ³ /μL)					Anit-HBs																																																																															
	MCV (fl)				Other																																																																																
	Hct (%)																																																																																				
Chest X-ray	Date of X-ray	Result: <input type="checkbox"/> No obvious abnormality <input type="checkbox"/> R/O TB <input type="checkbox"/> TB-related Calcification <input type="checkbox"/> Abnormal thorax <input type="checkbox"/> Pleura cavity edema <input type="checkbox"/> Scoliosis <input type="checkbox"/> Cardiomegaly <input type="checkbox"/> Bronchiectasis <input type="checkbox"/> Other:_____							Further treatment, date, and comment:																																																																												
Other tests	Item	Date	Checked by	Result	Referred for follow-up, comment:																																																																																
Summary		Summary of health examination results, for follow-up or treatment, and case management outline.																																																																																			