

來往越南人員健康檢查紀錄

姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期	民國 年 月 日 (__歲)
身分證字號			目的地	(城市名)
出發日期	民國 年 月 日	返程日期	民國 年 月 日	
作業經歷	曾經從事		__年__月~__年__月，共__年__月	
	目前從事		__年__月~__年__月，共__年__月	
現在病史 (現在規則服藥或治療中)	__歲~ 病名：_____ 服用：_____ 就醫地點：_____			
	__歲~ 病名：_____ 服用：_____ 就醫地點：_____			
	__歲~ 病名：_____ 服用：_____ 就醫地點：_____			
既往病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血脂 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 聽力障礙 <input type="checkbox"/> 癌症 _____ <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍、胃炎 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 手術開刀__ <input type="checkbox"/> 其他慢性病__ <input type="checkbox"/> 以上皆無			
過敏史	藥物		食物	
疫苗接種史	A 型肝炎疫苗	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	傷寒疫苗	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
家族史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 癌症_____			
生活習慣	<input type="checkbox"/> 吸菸	<input type="checkbox"/> 從未 <input type="checkbox"/> 偶爾(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎) 每天吸，平均 __支/天，已吸菸__年 <input type="checkbox"/> 已經戒菸，戒了__年__個月		
	<input type="checkbox"/> 嚼食檳榔	<input type="checkbox"/> 從未 <input type="checkbox"/> 偶爾(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎) 每天嚼，平均 __顆/天，已嚼__年 <input type="checkbox"/> 已經戒食，戒了__年__個月		
	<input type="checkbox"/> 喝酒	<input type="checkbox"/> 從未 <input type="checkbox"/> 偶爾(不是天天) <input type="checkbox"/> (幾乎) 每天喝，平均 __次/周，最常喝__酒，每次__瓶，已喝__年 <input type="checkbox"/> 已經戒酒，戒了__年__個月		
	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 無運動習慣 <input type="checkbox"/> 有，項目：_____，每週__次，每次__分鐘		
自覺症狀 (最近三個月)	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咳痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 耳鳴 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 上背痛 <input type="checkbox"/> 下背痛 <input type="checkbox"/> 手腳麻痛 <input type="checkbox"/> 關節疼痛 <input type="checkbox"/> 手腳肌肉無力 <input type="checkbox"/> 排尿不適 <input type="checkbox"/> 多尿、頻尿 <input type="checkbox"/> 體重減輕 3 公斤以上 <input type="checkbox"/> 其他症狀__ <input type="checkbox"/> 以上皆無			

身體檢查		血液檢查
身高：_____公分	體重：_____公斤	白血球(WBC)_____k/ μ L
腰圍：_____公分	BMI：_____	血色素(Hb)_____g/dL
血壓：_____/____mmHg	心跳：_____/分	血小板(PLT)_____k/ μ L
視力(裸視)： 左_____右_____	視力(矯正)： 左_____右_____	空腹血糖(AC sugar) _____mg/dL
辨色力測試： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	聽力檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	糖化血色素(HbA1c)_____%
		丙胺酸轉胺酶(ALT)_____ U/L
理學檢查		天門冬胺酸轉胺酶(AST)_____ U/L
		肌酸酐(creatinine)_____ mg/dL
頭頸部(結膜、淋巴腺、甲狀腺)：		總膽固醇(T-CHO)_____mg/dL
		三酸甘油脂(TG)_____mg/dL
呼吸系統：		高密度脂蛋白膽固醇(HDL-C)_____mg/dL
		低密度脂蛋白膽固醇(LDL-C)_____mg/dL
心臟血管系統(心律、心雜音)：		肝炎檢驗
		A型肝炎抗體(anti-HAV IgG) _____
消化系統(黃疸、肝臟、腹部)：		B型肝炎表面抗原(HBsAg) _____
		B型肝炎表面抗體(anti-HBs) _____
神經系統(感覺)：		B型肝炎核心抗體(anti-HBc) _____
		C型肝炎抗體(anti-HCV Ab) _____
肌肉骨骼(四肢)：		麻疹抗體(Measles Ab) _____
		德國麻疹抗體(Rubella Ab) _____
皮膚：		梅毒血清反應(STS-RPR/VDRL) _____
		其他抗體檢驗：_____
問診(自覺症狀與睡眠概況等)：		心電圖
		報告：
胸部 X 光		
報告：		
糞便檢查		尿液檢查
腸內寄生蟲糞便檢查 _____		尿蛋白(urine protein)_____
		尿潛血(urine OB)_____
診斷與建議：		
健檢機構名稱、電話、地址：		
健檢醫師姓名(簽章)及證書字號：		
檢查日期：民國 年 月 日		