

# 國立體育大學 110 學年學生健康檢查實施計畫

## 一、法規依據：

- (一)學校衛生法。
- (二)學生健康檢查實施辦法。
- (三)國立體育大學全校學生健康檢查實施辦法。

## 二、實施對象：

- (一)本校新生(含外籍生、交換學生、轉學生、復學生、碩一生、博一生)。
- (二)本校未受檢之舊生。
- (三)以上其他之本校學生。

## 三、健檢方式：

- (一)自行選擇醫院體檢，依規定時間於 110 年 9 月 16 日 前繳交如下資料至各系辦，延遲將不列入住宿加點

步驟一：自行選擇醫院體檢之報告有效日期為 110 年 6 月 14 日-110 年 9 月 14 日 三個月內，檢查項目符合 健康檢查實施辦法。(學務處→法令規章→生活輔導暨健康促進組網頁查詢)(註1)

步驟二：務必填寫 學生資料卡(附件)並攜帶至醫院進行檢查。(學務處→生活輔導暨健康促進組(健康促進組)→健康檢查網頁下載)(註2)

步驟三：繳交體檢報告與學生資料卡並於 自行選擇醫院體檢人員報告繳交登記表 上簽名，請各系所一律於 110 年 9 月 28 日中午前將彙整資料以簡簽方式送至本組。

- (二)自行前往特約醫院(註3)：

請依規定時間於 110 年 6 月 14 日至 9 月 14 日 自行前往今年特約醫院做檢查，延遲將不列入住宿加點(特約醫院相關訊息請見本校學務處生活輔導暨健康促進組(健康促進業務)一健康檢查網頁公告)

步驟一：採事先電話預約，費用與項目方可與校內舉辦相同，於醫院現場繳費。

步驟二：務必填寫 學生資料卡。(學務處→生活輔導暨健康促進組(健康促進業務)→健康檢查網頁下載)。

步驟三：統一發放體檢報告訂於 110 年 10 月 22 日下午 2:00-4:00 請親自至本組領取並簽名(限 110 年 9 月 14 日以前受檢者)。

- (三)參加本校舉辦之健康檢查(註4)：

步驟一：準時參加於 110 年 9 月 14 日(星期二)上午 7 點至上午 11 點 30 分舉辦之健康檢查，(如遇颱風及其它天災，經公告停止上班上課，則檢查日期順延 1 週，詳細請見本組公告。)地點：體育館一樓

步驟二：現場繳交費用(費用：770 元/人)，繳費者需簽名確認。

※僅低收入戶者，於本校舉辦之體檢 當日持縣市政府核發之低收入戶證明正本(查驗)、副本(存查)，免收健檢費用。

步驟三：於 110 年 10 月 22 日下午 2:00-4:00 統一發放體檢報告，請各班班代或系辦親自至本組領取並於領取體檢報告簽名單上簽名。

1.9 月 14 日體檢當天各系時間分配表：(請各系依時間規定到達)

| 系級                 | 報到時間  | 開始時間  |
|--------------------|-------|-------|
| 大學部陸上系一年級          | 6:50  | 7:00  |
| 大學部球類系一年級          | 7:20  | 7:30  |
| 大學部技擊系一年級          | 7:50  | 8:00  |
| 大學部體推系一年級          | 8:20  | 8:30  |
| 大學部運保系一年級          | 8:50  | 9:00  |
| 大學部產經系一年級          | 9:20  | 9:30  |
| 大學部適體系一年級          | 9:50  | 10:00 |
| 原住民專班、研究所及<br>所有舊生 | 10:20 | 10:30 |

## 2. 疾病追蹤矯治-嚴重異常通知、辦理免費重大複檢與健康諮詢服務：

- (1)有參加今年特約醫院舉辦之健康檢查者，請收到電話通知或通知單之同學撥空參加複檢，以維護您的健康。
- (2)若屬體檢嚴重異常者將於 **110 年 9 月 24 日前** 緊急電話通知家長與同學並追蹤。
- (3)屬重大異常複檢者於 **110 年 11 月 4 日下午 1:30-4:00** 參加複檢(將發出個別通知)，公告本校重要異常項目複檢項目為：GOT、GPT 任何一項大於 100 U/L(免費到院做肝臟超音波檢查及抽血檢驗 AFP 胎兒蛋白)、腎功能異常(複檢後仍異常提供免費到院做腎臟超音波檢查)、尿酸大於 10 mg/dL、白血球數低於 2,500 個/mm<sup>3</sup> 或高於 13,000 個/mm<sup>3</sup>、紅血球數低於 350 萬個/mm<sup>3</sup>、血小板數低於 10 萬個/mm<sup>3</sup>、血色素低於 10 g/dL、胸部 X 光異常(心臟肥大、陰影、腫塊、肺結核)、心電圖異常(異常 Q 波、WPW 症候群、LAH)、膽固醇大於 300 mg/dL、空腹血糖值大於 126 mg/dL 當日有醫師評估與諮詢服務。
- (4)任何同學若您健康檢查數據有不正常之項目，請您不要過於擔憂，但也不能輕視忽略，請多善用本組門診時間，時間為每雙周四上午 9 時至 11 時，請您攜帶健康檢查報告，本組將安排駐診醫師提供免費健康諮詢。

## 3. 注意事項：

- (1)住宿加點說明:依本次規劃三種健檢方式辦理，依規定時間內繳交有效健檢報告(方法一)或參加今年特約醫院舉辦之健康檢查者(方法二、三)，於 110 年 12 月 14 日以前將完成名單通知給各班導師，請有參加者務必進行確認，如有任何問題於一個月內受理，預計於 111 年 1 月 31 日彙整正確名單送至審查宿舍加分單位為住宿加點之依據。
- (2)請攜帶 1 吋或 2 吋大頭照。
- (3)當天繳完費用必須簽名再進行檢查。
- (4)受檢當日請著輕便衣物，儘量勿著套裝、絲襪褲襪、勿戴項鍊及金屬飾品
- (5)醫師建議抽血前請依標準必須**禁食 8 小時，最少 6 小時以上，但請正常喝水，避免飲用任何含糖飲料，以免影響您的檢查結果，造成不必要之擔憂。**
- (6)檢查當日必須事前空腹六小時以上，並禁飲咖啡、濃茶、酗酒、抽菸，如有慢性疾病之常規用藥，請繼續按時服用。(如果無法禁食那麼長時間，請在體檢前與醫師說明，以免造成血糖過高及膽固醇異常之問題)
- (7)本說明如有未盡事宜，悉依「國立體育大學全校學生健康檢查實施辦法」、國立體育大學學生宿舍輔導辦法辦理，請至學務處→法令規章→生活輔導暨健康促進組網頁可查詢。
- (8)以上事宜若有相關問題請逕洽生活輔導暨健康促進組或上網查詢生活輔導暨健康促進組(健

康促進業務)－健康檢查網頁查閱相關資料，祝大家健康快樂！

洽詢電話：(03)-328-3201 轉分機 2016(黃慧綺護理師) E-mail：[abby88899@ntsu.edu.tw](mailto:abby88899@ntsu.edu.tw)

■備註：

- 註 1：本校健康檢查網頁

<https://students.ntsus.edu.tw/p/405-1003-41701,c59.php?Lang=zh-tw>



- 註 2：學生資料卡

<https://students.ntsus.edu.tw/p/405-1003-24854,c59.php?Lang=zh-tw>



- 註 3：特約醫院交通圖及注意事項

<https://students.ntsus.edu.tw/p/404-1003-38687.php?Lang=zh-tw>



- 註 4：參加 110 年 9 月 14 日學生團體健康檢查者，請於 110.9.1 至 110.9.13 期間填妥線上問卷，以俾利當日體檢活動順利。

<https://physical.com.tw/survey/sco.php>



依「國立體育大學學生宿舍輔導辦法」第十條第三項第十款規定「健康檢查報告於第一學期開學後 3 天內繳交者，加 5 點。」；自行到院受檢者其體檢報告須符合本校學生健康檢查規定之項目受檢(如上述「學生資料卡」)，且有效期間為 3 個月內(110.6/14-9/14 期間)之體檢報告，並於開學後 3 天內(110.9.16 以前)繳交至健康中心。

# 附件、國立體育大學學生健康資料卡

檢查日期： 年 月 日

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |       |                                                 |       |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|-------------------------------------------------|-------|
| 學生基本資料           | 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       | 學號    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 入學日期     |       |                                                 | 相片黏貼處 |
|                  | 系所班級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       | 身分證字號 |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |       |                                                 |       |
|                  | 性別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       | 血型    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 出生日期     | 年 月 日 |                                                 |       |
|                  | 戶籍地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 學生本人行動電話 |       |                                                 |       |
|                  | 現住地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |       |                                                 |       |
|                  | 緊急聯絡人、監護人或附近親友                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 電話(家) | 電話(公) | 關係 | 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<br><input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____<br><input type="checkbox"/> 2.肺結核 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____<br><input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 10.蠱豆症 <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____<br><input type="checkbox"/> 4.肝炎 <input type="checkbox"/> 11.關節炎 <input type="checkbox"/> 18.其他：_____<br><input type="checkbox"/> 5.氣喘 <input type="checkbox"/> 12.糖尿病<br><input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____<br><input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 14.癌症：_____                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |       | 特殊疾病現況或應注意事項<br><input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要 |       |
|                  | <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：<br>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<br><input type="checkbox"/> ②不足 7 小時 <input type="checkbox"/> ③時常失眠<br>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<br>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<br>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<br>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<br>（1 杯的定義：啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml）<br>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<br>8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常<br>9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常<br>10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常<br>11. 月經情況（女生回答）<br>(1) 初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，初經年齡：_____歲<br>(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）<br>(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<br>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<br>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？<br><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 |          |       |                                                 |       |
|                  | 自我健康評估                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 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<br>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 |       |       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |       |                                                 |       |
| ※ 目前有哪些健康問題？請敘述： |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |       |                                                 |       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                     |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    |                     |    |    |                              |    |    |                   |                                                                             |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------|----|----|------------------------------|----|----|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 全身檢查項目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選）                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    |                     |    |    |                              |    |    |                   |                                                                             |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 一般及理學檢查                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                     |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    |                     |    |    |                              |    |    |                   |                                                                             | 檢查醫事人員<br>簽章 |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 身高：_____公分 體重：_____公斤 自選項目： <input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如： <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <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"/> 青蛙肢（蹲距困難） <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<br><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 /：待拔牙                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                     |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    |                     |    |    |                              |    |    |                   |                                                                             |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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>右上</td> <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>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <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>左下</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> <td></td> </tr> </table> |                                                                                                                     |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    |                     |    |    |                              |    |    |                   |                                                                             |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                     |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    |                     |    |    |                              |    |    |                   |                                                                             |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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<br>建議                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 無明顯異常<br><input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治<br><input type="checkbox"/> 其他建議：_____ |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    |                     |    |    |                              |    |    |                   |                                                                             | 承辦檢查醫院簽章     |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 實驗室檢查                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                     |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    |                     |    |    |                              |    |    |                   |                                                                             |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 尿液                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 尿蛋白：                                                                                                                |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 酮體：             |                                                                                                                                                                                                                                  |    | 尿糖：                 |    |    | 潛血：                          |    |    | 酸鹼值：              |                                                                             |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血液常規                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 白血球 WBC：<br>x10 <sup>3</sup> /μL                                                                                    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    |                     |    |    | 平均血球容積：<br>fL                |    |    |                   |                                                                             |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 紅血球 RBC：<br>x10 <sup>6</sup> /μL                                                                                    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    |                     |    |    | 血球容積比：<br>%                  |    |    |                   |                                                                             |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 血色素 Hb：<br>g/dl 飯前血糖<br>mg/dL                                                                                       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    |                     |    |    | 血小板：<br>x10 <sup>3</sup> /μL |    |    |                   |                                                                             |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 肝功能                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 麩草醋酸轉胺酶（GOT）：<br>U/L                                                                                                |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    |                     |    |    | 麩丙酮酸轉胺酶（GPT）：<br>U/L         |    |    |                   |                                                                             |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 肝炎                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B 型肝炎表面抗原：                                                                                                          |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    | B 型肝炎表面抗體 HbsAb：    |    |    |                              |    |    | B 型肝炎 e 抗原 HbeAg： |                                                                             |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 腎功能                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 血尿素氮：<br>mg/dl                                                                                                      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    | 肌酐酸：<br>mg/dl       |    |    |                              |    |    | 尿酸：<br>mg/dl      |                                                                             |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血脂肪                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 總膽固醇：<br>mg/dl                                                                                                      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 三酸甘油脂：<br>mg/dl |                                                                                                                                                                                                                                  |    | 高密度脂蛋白膽固醇：<br>mg/dl |    |    | 低密度脂蛋白膽固醇：<br>mg/dl          |    |    |                   |                                                                             |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 胸部 X 光檢查                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 檢查日期：                                                                                                               |    | 檢查結果：<br><input type="checkbox"/> 無明顯異常<br><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<br><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_____ |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    |                     |    |    |                              |    |    |                   | 靜態心電圖                                                                       |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                     |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    |                     |    |    |                              |    |    |                   | 檢查結果：<br><input type="checkbox"/> 無明顯異常<br><input type="checkbox"/> 其他_____ |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ● 務必加蓋醫院印章，否則視同無效<br>● 醫生簽章：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                     |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    |                     |    |    |                              |    |    |                   |                                                                             |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 矯治追蹤紀錄： <input type="checkbox"/> 需要參加學校追蹤矯治詳如追蹤紀錄（或 複查矯治、日期及備註）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                     |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                                                                                                  |    |                     |    |    |                              |    |    |                   |                                                                             |              |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |