

# 114年國體大學檢注意事項-到院補檢

- ◎ 檢查日期：以預約日期為準，若有發燒請改期
- ◎ 受理報到時間：限周一及周四(如遇國定假日請改期)；  
08:00~10:30、13:30~15:30
- ◎ 報到後請記得向櫃檯索取國體大學生卡填寫
- ◎ 體檢費用：新台幣700元，體檢完請於七樓櫃台繳交  
(學生優惠期限至九月底，十月份起改回新台幣1,000元)

## ● 飲食作息：

- 1、請務必於體檢前空腹六小時以上至體檢完畢，以免影響抽血結果。
- 2、檢查前三天避免熬夜、喝酒等其他刺激食物，儘量飲食清淡，以免影響檢驗指數。
- 3、建議早睡 避免熬夜，以免影響血壓值。

## ● 藥物：

健檢當日上午可用少量水服用降血壓藥物。(不含阿斯匹靈類可服用) 血糖藥、維他命及其成藥請於檢查完畢後再服用。

## ● 衣著：

- 1、請穿著輕便服裝，女性請避免穿著褲襪。
- 2、上衣請盡量穿著素面衣物，衣服含有金屬裝飾物、鈕扣、拉鍊，女性含鋼絲之內衣，都會阻擋X光的穿透，在X光片上造成陰影，影響胸部X光判讀。

## ● 女同學：

- 1、女同學遇生理期者：請告知報到站人員。
- 2、已懷孕或疑似懷孕者，請勿照胸部X光，並請告知報到站人員。

## ● 其他：

- 1、檢查前請核對個人體檢表之基本資料是否正確，填寫健康問卷資料及個人聯絡電話(健檢報到時：請記得攜帶身分證或健保卡)。
- 2、報到後，櫃台會提供身份辨識條碼貼紙，以貼於驗血、尿檢體容器。
- 3、配戴眼鏡者請攜帶眼鏡以便視力檢查。
- 4、抽血完畢請將該手臂伸直，確實按住棉球加壓止血5~10分鐘，勿搓揉抽血部位。避免造成患處血腫、瘀青。確定未出血後方可取下棉花。如您有特殊狀況，對酒精過敏、裝有動脈導管、或服用抗凝血劑或血管較細、或曾有暈針狀況，請主動告知採血人員。(如有瘀血時，當日請冰敷，隔日再熱敷)
- 5、於健檢過程中，有身體或心理不適等異常情況，請立即向現場護理人員或櫃台護理人員反映。

(續背面)

# 交通資訊

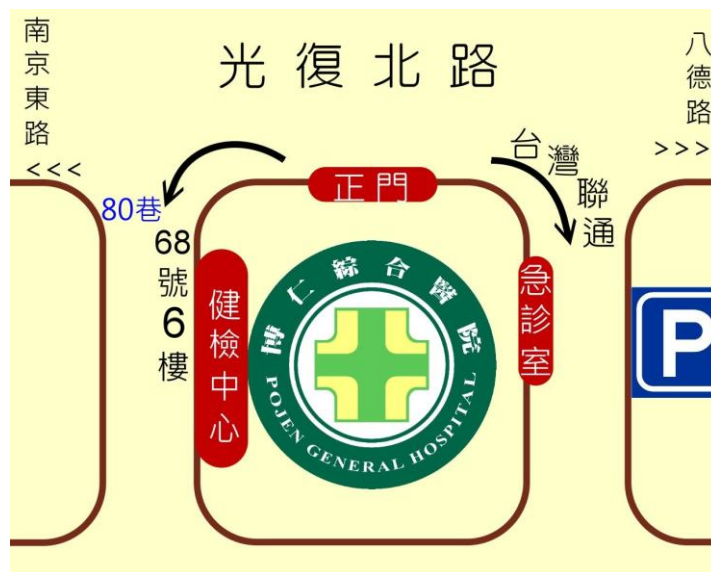
微風商圈

搭乘捷運  
松山站店線：台北小巨蛋4號出口  
南京三民站2號出口  
步行約10-15分鐘  
板南線：國父紀念館3號出口  
步行約15-20分鐘

搭乘公車  
博仁醫院站：0東、204、266、278、282、288  
停車資訊：博仁醫院急診處旁：台灣聯通停車場  
(停車場若滿，急(門)診病患可優先後補，建議搭乘大眾交通工具避免等待)

## 健檢中心地址：

台北市松山區光復北路  
68號6樓  
由旁邊80巷進入約10  
公尺;左側聯亞大樓搭  
電梯直達



博仁綜合醫院  
POJEN GENERAL HOSPITAL

博愛為仁、服務為本、追求卓越

預約專線:(02)2577-8660#9(請配合醫院時間安排，謝謝)

◎因防疫所需，請攜帶健保卡並全程配戴口罩

# 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 <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血： <input type="checkbox"/> 2.肺結核 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱： <input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 10.蠱豆症 <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱： <input type="checkbox"/> 4.肝炎 <input type="checkbox"/> 11.關節炎 <input type="checkbox"/> 18.其他： <input type="checkbox"/> 5.氣喘 <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 <input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病： <input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 14.癌症：					特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要	
	高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於500度？ <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道						
	領有重大傷病（含罕見疾病）證明卡： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，類別： 領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，類別：_____，等級： <input type="checkbox"/> 1.輕度 <input type="checkbox"/> 2.中度 <input type="checkbox"/> 3.重度 <input type="checkbox"/> 4.極重度						
	特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有（請描述）：_____						
	若有上述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： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____， <input type="checkbox"/> 2.不知道							
生活型態	※請勾選最合適的選項：						
	1. 過去7天內（不含假日），睡眠習慣： <input type="checkbox"/> 每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> 不足7小時 <input type="checkbox"/> 時常失眠						
	2. 過去7天內（不含假日），早餐習慣： <input type="checkbox"/> 都不吃 <input type="checkbox"/> 有時吃，吃_____天 <input type="checkbox"/> 每天吃：（9點前吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；9點後吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否）						
	3. 過去7天內，你進行中等強度以上（活動時仍可交談，但無法唱歌）的運動、健身、交通和休閒性身體活動，累計1天至少10分鐘有幾天？ <input type="checkbox"/> 0天 <input type="checkbox"/> 1天 <input type="checkbox"/> 2天 <input type="checkbox"/> 3天 <input type="checkbox"/> 4天 <input type="checkbox"/> 5天 <input type="checkbox"/> 6天 <input type="checkbox"/> 7天						
	4. 過去一個月內，你吸菸/煙（包括傳統紙菸、電子煙及加熱式菸品等新興菸品）情形？ <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 已戒除 <input type="checkbox"/> 有時吸菸（可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等） <input type="checkbox"/> 每天吸菸（可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等）。						
	5. 過去一個月內，你喝酒情形？ <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 有時喝酒 <input type="checkbox"/> 每天喝酒（ <input type="checkbox"/> 2杯以上、 <input type="checkbox"/> 1杯、 <input type="checkbox"/> 不到1杯） <input type="checkbox"/> 已戒除，勾選「每天喝酒」者，需進一步選擇每天喝酒杯數，1杯的定義為啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml。						
	6. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？ <input type="checkbox"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 已戒除						
	7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常						
	8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常						
	9. 過去7天內，你多久排便一次？ <input type="checkbox"/> 每天至少一次 <input type="checkbox"/> 兩天 <input type="checkbox"/> 三天 <input type="checkbox"/> 四天以上						
	10. 過去7天內（不含假日）每日除了上課及作功課需要之外，你累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/> 不到2小時 <input type="checkbox"/> 約2-4小時 <input type="checkbox"/> 約4小時以上，____小時						
	11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> 0次 <input type="checkbox"/> 1次 <input type="checkbox"/> 2次 <input type="checkbox"/> 3次以上						
	12. 在沒有牙痛或其他口腔不舒服的情況下，你多久會做一次口腔健康檢查？ <input type="checkbox"/> 每半年一次 <input type="checkbox"/> 每年一次 <input type="checkbox"/> 一年以上 <input type="checkbox"/> 從來沒有						
13. 月經情況（女生回答）：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 嚴重 <input type="checkbox"/> 不知道/拒答							
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.非常好 <input type="checkbox"/> 2.好 <input type="checkbox"/> 3.一般 <input type="checkbox"/> 4.不好 <input type="checkbox"/> 5.非常不好						
	2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？ <input type="checkbox"/> 1.非常好 <input type="checkbox"/> 2.好 <input type="checkbox"/> 3.一般 <input type="checkbox"/> 4.不好 <input type="checkbox"/> 5.非常不好						
※ 目前有哪些健康問題？請敘述： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是							

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 簽章	
身高：___公分 體重：___公斤		腰圍___公分				
血壓：___/___ mmHg 脈搏：___次/分						
視力檢查 裸視：左眼___ 右眼___ 矯正視力：左眼___ 右眼___						
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他				
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如： <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	未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 缺牙（因齲齒拔除）： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 牙齦炎※： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 牙結石※： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他				
總評 建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：			承辦檢查醫院簽章		
實驗室檢查						
尿液	尿蛋白：	酮體：	尿糖：	潛血：	酸鹼值：	
血液常規	白血球 WBC：	$x10^3/\mu L$		平均血球容積：	fL	
	紅血球 RBC：	$x10^6/\mu L$		血球容積比：	%	
	血色素 Hb：	g/dl	飯前血糖	mg/dL	血小板： $x10^3/\mu L$	
肝功能	麩草醋酸轉胺酶 (GOT)：		U/L	麩丙酮酸轉胺酶 (GPT)：		
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：	mg/dl	肌酐酸：	mg/dl	尿酸：	
血脂肪	總膽固醇：	mg/dl	三酸甘油脂：	mg/dl	高密度脂蛋白膽固醇：	
胸部 X 光檢查	檢查日期：	檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 其他			靜態心電圖	
						檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其他
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 務必加蓋醫院印章，否則視同無效</li> <li>● 醫生簽章：</li> </ul>						
總評及矯治追蹤紀錄： <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）						