



## 國立體育大學『到院檢查』注意事項

健檢時間：(1)每星期一至星期五，上午時段 08:00-11:00，星期六，上午時段 08:00-10:00

(2)採預約制 (至少需一天前預約)

檢查地點：本院 5 樓健檢中心

受檢者：

(現場收費)

檢查地址：台北市大安區仁愛路四段 61 號 5 樓

學生： 770 元

預約專線：02-27713161\*268

### 健檢注意事項

#### 報到：

1. 請攜帶健保卡現場核對資料後領取體檢表格。

#### 飲食：

2. 1.檢查前請空腹 8 小時，前一晚 12 點後請勿進食(少量開水可)。
- 2.有服用慢性病藥物者，如心臟病、高血壓、降血糖等藥物請於抽血後服用。

#### 衣著：

3. 1.請著輕便服裝受檢，上衣請勿含有亮片及金屬扣子(物品)。
- 2.上衣口袋請勿放置項鍊、識別證等物品。

#### 尿液採樣：

4. 1.請留中段尿至杯中，後再倒入八分滿至尿管。
2. 女生遇生理期者，請告知醫護人員，並註明在體檢流程單上。

#### 心電圖：

5. 女性同仁請勿著連身絲襪及調整型內衣受檢。

#### X 光：

6. 1.上衣含有金屬物品或佩戴項鍊者，請先脫去該物品，以免影響 X 光檢查。
- 2.懷孕或疑似懷孕者，請勿照射 X 光，並請告醫護人員。

#### 其他：

7. 1.量血壓及抽血時，請保持心情輕鬆。
- 2.抽血完畢後，請立即於抽血處按壓 5 分鐘，請勿揉搓抽血處。「若有血腫或瘀青者，請加壓並通知醫護人員，48 小時後，再用熱毛巾熱敷數日即可。」
- 3.檢查前請核對資本資料是否正確，並帶著飽足的精神受檢。

# 宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院

## 位置圖及交通路線

醫院地址: **台北市大安區仁愛路四段 61 號**

位置圖：



交通資訊：



### 公車指南

公車車種	車號	下車站名
聯營公車	0 東.285.292.902.903.630.278.275.905.9.6	仁愛國中一
仁愛幹線	263.36.37.245.270.621.630.	大安路口



### 捷運指南

捷運路線	轉乘公車	抵達站別
板南線 木柵線	無須轉乘	忠孝復興站
	無須轉乘	忠孝復興站
出口步行至本院只需 5-10 分鐘		

# 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：_____								特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要	
	<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									
生活型態	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。									
自我健康評估	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_____									
	※ 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		<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 <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 <sup>3</sup> /μL		平均血球容積：	fL		
	紅血球 RBC：		x10 <sup>6</sup> /μL		血球容積比：	%		
	血色素 Hb：		g/dl 飯前血糖		mg/dL	血小板：	x10 <sup>3</sup> /μL	
肝功能	麩草醋酸轉胺酶（GOT）：			U/L		麩丙酮酸轉胺酶（GPT）：	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：		mg/dl		肌酐酸：	mg/dl	尿酸：	mg/dl
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：	mg/dl	低密度脂蛋白膽固醇：	mg/dl
胸部 X 光檢查	檢查日期：	檢查結果：				靜態心電圖		
		<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_____				檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其他_____		
● 務必加蓋醫院印章，否則視同無效 ● 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）								