

聖約翰科技大學外國學生健康檢查記錄表

St. John's University Health Report for International Student

系所 Department :

學號 Student Number :

姓名(中文) Full name(in Chinese)	(英文) (in English)	性別 Sex	2" Photo
身分證字號 ID No	護照號碼 Passport No		
出生日期 Date of Birth	國籍 Nationality		
家長姓名 Parents full name	職業 Occupation		
住址 Home address			
現在通訊 Mailing address			
電話 () Tel	行動電話 Mobile-phone		

病史 MEDICAL HISTORY (請自行填寫 Please fill in the form)

你是否曾感染過下列疾病 (Have you ever had disease of the following) :

1. 心臟病 (Heart Disease) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	13. 瘧疾 (Malaria) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
2. 高血壓 (Hypertension) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> a. 間日瘧 (Plasmodium Vivax)
3. 肺病 (Lung disease) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> b. 卵型瘧 (Plasmodium ovale)
4. 氣喘 (Asthma) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> c. 三日瘧 (Plasmodium malariae)
5. 肝病 (Lung disease) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> d. 熱帶瘧 (Plasmodium Falciparum)
6. 糖尿病 (Diabetes) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	14. 紅斑性狼瘡 (Iupus erythematosus)
7. 腎臟病 (Kidney disease) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
8. 癲癇 (Epilepsy) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	15. 手術 (Operation) <input type="checkbox"/> 有 Yes
9. 結核病 (Tuberculosis) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 沒有 No _____
10. 登革熱 (Dengue fever) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	16. 過敏性 (Hypersensity) (藥物、食物、氣味)
11. 關節炎 (Arthritis) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No _____
12. 血友病 (Hemophilias) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	17. 其他 (Other) _____

身體檢查 PHYSICAL EXAMINATION

身高 (Height) : _____公分(cm)	體重 (Weight) : _____公斤(kg)
血壓 (Blood Pressure) : _____ / _____ mmHg(毫米汞柱)	脈搏 (Pulse) : _____次/min
視力 : (Vision) : 裸視左 _____ 右 _____	矯正左 _____ 右 _____
口腔 (Oral) : <input type="checkbox"/> 正常(N) <input type="checkbox"/> 異常(Ab) _____	
辨色力 (Color Vision) : <input type="checkbox"/> 正常(N) <input type="checkbox"/> 異常(Ab) _____	
耳、鼻、喉 (Ear Nose Larynx) : <input type="checkbox"/> 正常(N) <input type="checkbox"/> 異常(Ab) _____	
頭 (head) : <input type="checkbox"/> 正常(N) <input type="checkbox"/> 異常(Ab) _____	
心臟 (Heart) : <input type="checkbox"/> 正常(N) <input type="checkbox"/> 異常(Ab) _____	
腹部 (abdominal) : <input type="checkbox"/> 正常(N) <input type="checkbox"/> 異常(Ab) _____	
肢體運動 (Locomotor) : 肌肉骨關節 <input type="checkbox"/> 正常(N) <input type="checkbox"/> 異常(Ab) _____	
皮膚 (Skin) : <input type="checkbox"/> 正常(N) <input type="checkbox"/> 異常(Ab) _____	
(N---Normal Ab---Abnormal)	

實驗室檢查 LABORATORY EXAMINATIONS

HIV 抗體檢查 (Serological Test for HIV Antibody): <input type="checkbox"/> 陰性(Negative) <input type="checkbox"/> 陽性(Positive) <input type="checkbox"/> 未確定(Indeterminate)	
a. 篩檢 (Screening Test): <input type="checkbox"/> EIA <input type="checkbox"/> Serodia <input type="checkbox"/> 其他 (Others) _____	
b. 確認 (Confirmatory Test): <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> 其他 (Others) _____	
胸部X光檢查肺部結核(Chest X-Ray for Tuberculosis): <input type="checkbox"/> 正常(Normal) <input type="checkbox"/> 異常(Abnormal)(有活動性肺結核) <input type="checkbox"/> 其它異常(Other) _____	
腸內寄生蟲害(含痢疾阿米巴等原蟲)糞便檢查(採用離心濃縮法檢查) (Stool examination for parasites includes Eneameba histolytica etc.) (centrifugal concentration method): <input type="checkbox"/> 陰性(Negative) <input type="checkbox"/> 陽性, 種名(Positive, Species) _____ (請寫中英名)	
梅毒血清檢查 (Serological Test for Syphilis): <input type="checkbox"/> 陰性(Negative) <input type="checkbox"/> 陽性(Positive)	
a. <input type="checkbox"/> RPR b. <input type="checkbox"/> VDRL c. <input type="checkbox"/> TPHA/TPPA d. <input type="checkbox"/> 其他 (Other)	
麻疹及德國麻疹之抗體陽性檢驗報告或預防接種證明 (Proof of positive measles and rubella antibody titers or measles and rubella vaccination certificates):	
a. 抗體檢查 (Antibody test) 麻疹抗體 measles antibody titers <input type="checkbox"/> 陽性(Positive) <input type="checkbox"/> 陰性(Negative) 德國麻疹抗體 rubella antibody titers <input type="checkbox"/> 陽性(Positive) <input type="checkbox"/> 陰性(Negative)	
b. 預防接種證明 Vaccination Certificates <input type="checkbox"/> 麻疹預防接種證明 Vaccination Certificates of Measles <input type="checkbox"/> 德國麻疹預防接種證明 Vaccination Certificates of Rubella	
c. <input type="checkbox"/> 經醫師評估, 有接種禁忌者, 暫不適宜接種 (Having contraindications, not suitable for vaccination)	
B 型肝炎表面抗原檢查(Hepatitis B Surface Antigen Test): <input type="checkbox"/> 陰性(Negative) <input type="checkbox"/> 陽性(Positive)	
B 型肝炎表面抗體檢查(Hepatitis B Surface Anti-HBsAb Test): <input type="checkbox"/> 陰性(Negative) <input type="checkbox"/> 陽性(Positive)	
尿液常規檢查 (Urine Routine Test)	
尿蛋白 (urine protein): _____ (- 、 + / -)	尿糖(urine sugar): _____ (- 、 + / -)
尿潛血 (Occult Blood): _____ (- 、 + / -)	尿鹼值 (PH): _____ (4.5~8.0)
血液學檢查(cell blood count)	
白血球 (WBC) _____ $10^3/mm$ (4~10)	紅血球 (RBC) _____ $10^6/mm$ (4~6.5)
血紅素 (Hemoglobine) _____ /dl (12~18)	血小板 (PLT) _____ $10^3/mm$ (120~450)
平均血球容積 (MCV) _____ fl (80~100)	平均紅血球血紅素量 (MCH) _____ pg (27~34)
平均紅血球血紅素濃度 (MCHC) _____ g/dL (32~36)	血比容(Ht) _____ % (34~50)
肝功能 (Liver Function): SGOT _____ U/L(0-34) SGPT _____ U/L(0-36)	
腎功能 (Renal Function): 肌酸酐 (Creatinine) _____ mg/dl (0.5-1.4)	
尿酸 (Uric Acid): _____ mg/dl (2-8)	血尿素氮(BUN) _____ mg/dl (5-25)
血脂肪 (Lipid): 總膽固醇 (Total Cholesterol): _____ mg/dl (<200mg/dl)	
血型(blood type): _____ 型	
漢生病檢查(Check-up for Hansen, s Disease):	
漢生病視診結果 (Skin Check-p) <input type="checkbox"/> 正常(Normal) <input type="checkbox"/> 異常(Abnormal) (※視診異常者, 須進一步採檢確認) (※If abnormal skin lesion is found, further skin biopsy or skin smear is required)	
a. 病理切片 (Skin Biopsy): <input type="checkbox"/> 陽性 (多菌、少菌性【Positive-MB, PB】; 診斷依據: 兩者之一即為陽性【Diagnostic if either of them positive】) <input type="checkbox"/> 陰性(Negative)	
b. 皮膚抹片 (Skin Smear): <input type="checkbox"/> 陽性 (Finding bacilli in affected skin smears) <input type="checkbox"/> 陰性(Negative)	
※皮膚病灶合併感覺喪失或神經腫大 (Sikn lesions combined with sensory loss or enlargement of peripheral nerves)	
<input type="checkbox"/> 有 (Yes) <input type="checkbox"/> 無 (No)	

負責醫檢師簽章(Chief Medical Technologist) _____ (Name & Signature)

負責醫師簽章(Chief Physician) _____ (Name & Signature)

醫院負責人簽章(Superintendent) _____ (Name & Signature)

日期 Date: _____/_____/_____

※本證明三個月內有效 (Valid for Three Months)

※ 此表繳交聖約翰科技大學衛生保健組

Please submit this Health Report to Health Center, St. John's University