


基本資料	身分證號													姓名			性別	□1 男   □2 女
	生日	民國□1 前   □2 後   年   月   日(   足歲)												電話	(   )			
	地址	_____縣/市_____鄉/鎮/市/區_____村/里_____鄰 _____路/街_____段_____巷_____弄_____號_____樓之_____																
疾病史	□a 高血壓   □b 腎病   □c 高膽固醇   □d 心血管疾病 □e 糖尿病   □f 肺病   □g B 型肝炎   □h 消化性潰瘍 □i 牙周病   □j 中風   □k 攝護腺癌   □l 攝護腺肥大 □m 其他：_____																	
長期服藥	□0 無   □1 有   病因：_____																	
家族疾病史	□a 高血壓   □b 肝癌   □c 高膽固醇   □d 心血管疾病 □e 糖尿病   □f 乳癌   □g 子宮頸癌   □h 攝護腺肥大 □i 結核病   □j 中風   □k 攝護腺癌   □l 其他：_____																	
健康行	1. 最近半年來，您吸菸的情形是：□0 不吸菸   □1 朋友敬菸或應酬才吸菸 □2 僅飯後才吸菸   □3 每天吸，平均吸_____支 2. 最近半年來，您喝酒的情形是：□0 不喝酒   □1 偶爾喝   □2 常常喝																	

為	<p><input type="checkbox"/>3 每天喝，平均一天喝：<input type="checkbox"/>a 烈酒_____大(小)杯    <input type="checkbox"/>b 普通酒_____大(小)杯</p> <p>3. 最近半年來，您嚼檳榔的情形是：<input type="checkbox"/>0 不嚼檳榔    <input type="checkbox"/>1 偶爾嚼    <input type="checkbox"/>2 常常嚼    <input type="checkbox"/></p> <p>3 每天嚼，平均一天嚼_____顆</p> <p>4. 您開汽車(或騎機車)嗎？    <input type="checkbox"/>a 開汽車    <input type="checkbox"/>b 騎機車    <input type="checkbox"/>c 都沒有</p> <p>【回答都沒有者，請跳答第 5 題】</p> <p>4.1 您使用安全帶或戴安全帽的情形是：<input type="checkbox"/>0 不用    <input type="checkbox"/>1 偶爾用    <input type="checkbox"/>2 每次用</p> <p>4.2 當您參加應酬喝酒後，您會：<input type="checkbox"/>1 自己開(騎)車回家    <input type="checkbox"/>2 搭車回家    <input type="checkbox"/>8 不適用</p> <p>5. 您是否經常跌倒？<input type="checkbox"/>0 否    <input type="checkbox"/>1 是，跌倒原因：_____</p> <p>6. 您是否有早晚刷牙的習慣？<span style="float:right"><input type="checkbox"/>0 否    <input type="checkbox"/>1 是</span></p> <p>7. 您是否有定期洗牙的習慣？<span style="float:right"><input type="checkbox"/>0 否    <input type="checkbox"/>1 是</span></p> <p>8. 您是否有每月量體重的習慣？<span style="float:right"><input type="checkbox"/>0 否    <input type="checkbox"/>1 是</span></p> <p>9. 您是否有每天喝牛奶的習慣？<span style="float:right"><input type="checkbox"/>0 否    <input type="checkbox"/>1 是</span></p> <p>10. 您是否有每天至少吃三碟蔬菜及兩個水果？<span style="float:right"><input type="checkbox"/>0 否    <input type="checkbox"/>1 是</span></p>
身體檢	<p>身高：_____公分    體重：_____公斤    理想體重：_____公斤</p> <p>腰圍：_____公分    臀圍：_____公分</p> <p>血壓：(1) _____/_____ mmHg    (2) _____/_____ mmHg</p> <p>脈搏：_____次/分鐘    是否規則：<input type="checkbox"/>1.是    <input type="checkbox"/>0.否</p>

查	<p>頸部：</p> <p>淋巴腺腫大：<input type="checkbox"/>1 有    <input type="checkbox"/>0 無                      甲狀腺腫大：<input type="checkbox"/>1 有    <input type="checkbox"/>0 無</p> <p>胸      部：<input type="checkbox"/>0 無明顯異常                      異常：<input type="text"/></p> <p>心臟聽診：<input type="checkbox"/>0 無明顯異常                      異常：<input type="text"/></p> <p>左側乳房：<input type="checkbox"/>0 無明顯異常                      異常：<input type="text"/></p> <p>右側乳房：<input type="checkbox"/>0 無明顯異常                      異常：<input type="text"/></p> <p>腹      部：<input type="checkbox"/>0 無明顯異常                      異常：<input type="text"/></p> <p>四      肢：<input type="checkbox"/>0 無明顯異常                      異常：<input type="text"/></p> <p>其他異常：<input type="text"/></p>
腹部 超音波	<p>肝臟：<input type="checkbox"/>0 無明顯異常    <input type="checkbox"/>異常                      胰臟：<input type="checkbox"/>0 無明顯異常    <input type="checkbox"/>異常</p> <p>膽囊：<input type="checkbox"/>0 無明顯異常    <input type="checkbox"/>異常                      腎臟：<input type="checkbox"/>0 無明顯異常    <input type="checkbox"/>異常</p> <p>檢查結果：          </p>
實驗室 檢查	<p>尿液檢查：</p> <p>酸鹼度：<input type="text"/>                      紅 血 球：<input type="text"/>個/HPF</p> <p>蛋白質：<input type="text"/>mg/dL                      白 血 球：<input type="text"/>個/HPF</p> <p>葡萄糖：<input type="text"/>g/dL                      上皮細胞：<input type="text"/>個/HPF</p> <p>潛   血：<input type="text"/>                      圓 柱 體：<input type="text"/>個/HPF</p> <p>外   觀：<input type="text"/>                      細      菌：<input type="text"/>個/HPF</p>

釋出資料無此項目

健康諮詢	<div><input type="checkbox"/>a 不良嗜好戒除：  (<input type="checkbox"/>a.戒菸    <input type="checkbox"/>b.戒酒    <input type="checkbox"/>c.戒檳榔)</div> <div><input type="checkbox"/>b 事故傷害預防                      <input type="checkbox"/>c 口腔保健   <input type="checkbox"/>d 體重控制   <input type="checkbox"/>e 飲食與營養</div> <div><input type="checkbox"/>f 其他</div>
檢查結果與建議	<div>身體檢查部分：</div> <div>實驗室檢查：</div> <div>尿液檢查：<input type="checkbox"/>建議進一檢查                      項目：</div> <div>血液檢查：<input type="checkbox"/>建議進一檢查                      項目：</div> <div>肝 功 能：<input type="checkbox"/>建議進一檢查                      項目：</div> <div>血      糖：<input type="checkbox"/>建議進一檢查                      項目：</div> <div>血 脂 肪：<input type="checkbox"/>建議進一檢查                      項目：</div> <div>腎 功 能：<input type="checkbox"/>建議進一檢查                      項目：</div> <div>尿      酸：<input type="checkbox"/>建議進一檢查                      項目：</div>
醫院名稱	檢查醫師