

澳門鏡湖護理學院入學體格檢查報告			體檢日期: / /
個人資料			
姓名	性別	出生日期 / /	證件類別及編號
聯絡地址			聯繫電話
體格檢查			
身高 _____ cm	體重 _____ kg	血壓 左側 _____ mmHg	右側 _____ mmHg
眼科	右眼視力 _____	左眼視力 _____	
	辨色力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____		
	眼底 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____		
耳鼻喉科	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____		
口腔科	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____		
內科檢查			
心臟	心率 _____ bpm	肝臟	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____
	心律 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____	脾臟	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____
	心音 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____	脊柱	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____
肺部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____	四肢	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____
甲狀腺	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____	神經系統	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____
淋巴線	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____		
過往病史			
癲癇	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	心臟病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
結核	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	手術史	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
哮喘	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	其他病史	_____
血液病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
化驗檢查			
血常規: _____		尿常規: _____	
乙肝表面抗原: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性		乙肝表面抗體: _____ mIU/ml	
胸部 X 光: _____			
健康狀況評估及建議(需註明是否適合入學)			
醫院蓋章及醫生簽署			

註: 此報告必須有醫院蓋章及醫生簽署方為有效