

|                             |                                                                   |                  |                                                               |  |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------|--|
| 澳門鏡湖護理學院入學體格檢查報告            |                                                                   |                  | 體檢日期： / /                                                     |  |
| <b>個人資料</b>                 |                                                                   |                  |                                                               |  |
| 姓名                          | 性別                                                                | 出生日期<br>/ /      | 證件類別及編號                                                       |  |
| 聯絡地址                        |                                                                   |                  | 聯繫電話                                                          |  |
| <b>體格檢查</b>                 |                                                                   |                  |                                                               |  |
| 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 _____     |                  |                                                               |  |
| <b>內科檢查</b>                 |                                                                   |                  |                                                               |  |
| 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 _____     |                  |                                                               |  |
| <b>過往病史</b>                 |                                                                   |                  |                                                               |  |
| 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             |                  |                                                               |  |
| <b>化驗檢查</b>                 |                                                                   |                  |                                                               |  |
| 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：                     | _____                                                             |                  |                                                               |  |
| <b>健康狀況評估及建議(需註明是否適合入學)</b> |                                                                   |                  |                                                               |  |
| 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