

民國 95 年  
「老人健康之社會因素與生物指標研究」  
健康檢查紀錄表

訪員編號：\_\_\_\_\_ 訪員姓名：\_\_\_\_\_ 檢查日期：民國 95 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

第一部分：以下由工作人員填答

A. 基本資料	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 10px;"> <p><b>黏貼個案名條標籤</b> (包括姓名、性別及年齡)</p> </div>
B. 疾病史	<input type="checkbox"/> a. 高血壓 <input type="checkbox"/> b. 腎病 <input type="checkbox"/> c. 牙周病 <input type="checkbox"/> d. 心血管疾病 <input type="checkbox"/> e. 糖尿病 <input type="checkbox"/> f. 肺病 <input type="checkbox"/> g. B 型肝炎 <input type="checkbox"/> h. 消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> i. 高血脂症 <input type="checkbox"/> j. 中風 <input type="checkbox"/> k. 攝護腺癌 <input type="checkbox"/> l. 攝護腺肥大 <input type="checkbox"/> m. 其他：_____
C. 長期服藥	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有      病因：_____
D. 家族疾病史	<input type="checkbox"/> a. 高血壓 <input type="checkbox"/> b. 肝癌 <input type="checkbox"/> c. 結核病 <input type="checkbox"/> d. 心血管疾病 <input type="checkbox"/> e. 糖尿病 <input type="checkbox"/> f. 乳癌 <input type="checkbox"/> g. 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> h. 攝護腺肥大 <input type="checkbox"/> i. 高血脂症 <input type="checkbox"/> j. 中風 <input type="checkbox"/> k. 攝護腺癌 <input type="checkbox"/> l. 其他：_____
E. 健康行為	<p>1. 最近半年來，您吸菸的情形是：</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/>0. 不吸菸</span> <span><input type="checkbox"/>1. 朋友敬菸或應酬才吸菸</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/>2. 平均一天約吸一包菸（含以下）</span> <span><input type="checkbox"/>3. 平均一天約吸一包菸以上</span> </div> <p>2. 最近半年來，您喝酒的情形是：<input type="checkbox"/>0. 不喝酒    <input type="checkbox"/>1. 偶爾喝酒或應酬才喝    <input type="checkbox"/>2. 經常喝酒</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. 偶爾會嚼或應酬才嚼  <input type="checkbox"/>2. 經常嚼或習慣在嚼</p> <p>4. 最近半年來，您運動（指一次運動至少 20 分鐘以上）的情形是：</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/>0. 不運動</span> <span><input type="checkbox"/>1. 偶爾運動</span> <span><input type="checkbox"/>2. 每週運動三至五次</span> </div> <p>5. 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  <b>【回答都沒有者，請跳答第 6 題】</b></p> <p>5.1 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>5.2 當您參加應酬喝酒後，您會：<input type="checkbox"/>1. 自己開車回家    <input type="checkbox"/>2. 搭車回家    <input type="checkbox"/>3. 不適用</p> <p>6. 您是否有早晚刷牙的習慣？    <input type="checkbox"/>0. 幾乎不刷      <input type="checkbox"/>1. 只有早上刷一次  <input type="checkbox"/>2. 早、晚各刷一次      <input type="checkbox"/>3. 早、晚及三餐後各刷一次</p> <p>7. 您今年是否接受過子宮頸抹片檢查？（男性免答）    <input type="checkbox"/>0. 否      <input type="checkbox"/>1. 是</p> <p>8. 您是否有每天喝牛奶的習慣？      <input type="checkbox"/>0. 否      <input type="checkbox"/>1. 是</p> <p>9. 您是否有每天至少吃三碟蔬菜及兩個水果？<input type="checkbox"/>0. 否      <input type="checkbox"/>1. 是</p>

F. 測量	身高：_____公分      體重：_____公斤      理想體重：_____公斤 腰圍：_____公分      臀圍：_____公分 血壓：(1) _____/_____ mmHg    (2) _____/_____ mmHg    (3) _____/_____ mmHg
G. 接受／婉拒腹部超音波	<b>接受腹部超音波檢查【必須空腹，直到完成超音波檢查】</b> <b>婉拒腹部超音波檢查【完成抽血後就可以吃早餐了】</b> ↳ <b>【婉拒】在身體檢查前吃早餐：</b> <input type="checkbox"/> 0. 否 <input type="checkbox"/> 1. 是 <b>【若個案婉拒超音波檢查，請在第二部分，I 頂的「個案婉拒超音波檢查」打勾】</b>
<b>第二部分：以下由醫師填答</b>	
H. 身體檢查	脈搏：_____次/分鐘      是否規則： <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 0. 否 眼睛 右眼裸眼視力：_____      左眼裸眼視力：_____ 右眼矯正視力：_____      左眼矯正視力：_____ 耳鼻喉及口腔 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 齲齒 <input type="checkbox"/> 牙結石或牙周病 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜病變 <input type="checkbox"/> 其他 頸部： 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 胸    部： <input type="checkbox"/> 0. 無明顯異常      異常：_____ 心臟聽診： <input type="checkbox"/> 0. 無明顯異常      異常：_____ 左側乳房： <input type="checkbox"/> 0. 無明顯異常      異常：_____ 右側乳房： <input type="checkbox"/> 0. 無明顯異常      異常：_____ 腹    部： <input type="checkbox"/> 0. 無明顯異常      異常：_____ 直腸肛診： <input type="checkbox"/> 0. 無明顯異常      異常：_____ 四    肢： <input type="checkbox"/> 0. 無明顯異常      異常：_____ 其他異常：_____ _____
I. 腹部超音波  <input type="checkbox"/> 個案婉拒超音波檢查	肝臟： <input type="checkbox"/> 0. 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 1. 異常      胰臟： <input type="checkbox"/> 0. 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 1. 異常 膽囊： <input type="checkbox"/> 0. 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 1. 異常      腎臟： <input type="checkbox"/> 0. 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 1. 異常 檢查結果：
J. 健康諮詢	<input type="checkbox"/> 1. 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 ) <input type="checkbox"/> 2. 事故傷害預防 <input type="checkbox"/> 3. 口腔保健 <input type="checkbox"/> 4. 體重控制 <input type="checkbox"/> 5. 飲食與營養 <input type="checkbox"/> 6. 子宮頸抹片檢查 <input type="checkbox"/> 7. 其他：_____
K. 健康評估	個案目前的健康狀況，您認為是非常好、好、普通、不太好，還是非常不好？ <input type="checkbox"/> 1. 非常好 <input type="checkbox"/> 2. 好 <input type="checkbox"/> 3. 普通 <input type="checkbox"/> 4. 不太好 <input type="checkbox"/> 5. 非常不好

第三部分：以下在實驗室檢查結果完成後，由醫院人員填答

L. 實驗室 檢查	尿液檢查：	
	酸鹼度：_____	紅血球：_____個/HPF
	蛋白質：_____mg/dL	白血球：_____個/HPF
	葡萄糖：_____g/dL	上皮細胞：_____個/HPF
	潛血：_____	圓柱體：_____個/HPF
	外觀：_____	細菌：_____個/HPF
<del>(血液檢查：參見附件)</del>		

第四部分：以下在實驗室檢查結果完成後，由醫師填答

M. 檢查結 果與建 議	身體檢查部分：	
	超音波檢查：	
	實驗室檢查：	
	尿液檢查： <input type="checkbox"/> 建議進一檢查	項目：
	血液檢查： <input type="checkbox"/> 建議進一檢查	項目：
	肝 功 能： <input type="checkbox"/> 建議進一檢查	項目：
	血 糖： <input type="checkbox"/> 建議進一檢查	項目：
	血 脂 肪： <input type="checkbox"/> 建議進一檢查	項目：
	腎 功 能： <input type="checkbox"/> 建議進一檢查	項目：
	尿 酸： <input type="checkbox"/> 建議進一檢查	項目：

醫院名稱：

檢查醫師：

諮詢專線：

報告日期：

如果您對您的健康檢查結果有任何疑問，請撥打專線電話，我們將有專人為您解答。