
國立臺北護理健康大學



2025 年
健康檢查表

第 1 部分： 健康狀況聲明
第 2 部分： 健康檢查表

申請人姓名： _____

申請對象：國立臺北護理健康大學 (NTUNHS)

_____ (填寫計畫名稱)

說明：

第 1 部分：個人詳細資料與健康狀況聲明 — 由申請人填寫

本人特此聲明下列資訊均為真實、完整，並且同意凡是不實陳述或故意疏漏本表重要事實的情形，會導致將來撤銷職位或獎學金，或是導致解除任何該等職位。本人特此許可台灣 ICDF 與相關當局分享本人體檢表中的資訊。

 X

簽名

日期

第 2 部分： 健康檢查 — 由執業醫師填寫

☆ 國立臺北護理健康大學(NTUNHS)保留要求申請人在抵達中華民國(臺灣)後接受進一步健康檢查的權利。

第 1 部分：健康狀況聲明

國籍：

姓名：(姓氏)

(名字)

(中間名)



性別：男 女

出生日期： 年/ 月/ 日/

病史：

您是否曾經有下列任何狀況？請在相應的方格中劃 X

	是	否		是	否
精神疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲狀腺疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
癲癇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎臟疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
氣喘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	癌症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
德國麻疹(風疹)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人類免疫缺乏病毒(HIV)/後天免疫缺乏症候群(AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
結核病 (PTB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	性病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血壓 (HPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	白血病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病(DM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血友病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臟疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
瘧疾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	麻疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

請說明 (若有) 其他疾病

..... 手
術 / 外科手術
..... 過
敏源
.....

家族病史 (若有)

父親：..... 母親：.....

以往生活情形：請選擇

- 睡眠： 每天 7~8 小時 不超過 7~8 小時 經常失眠
- 如果以每週至少 3 次、每次 30 分鐘為基準，您做到了嗎？ 否 是
- 您是否經常感到焦慮與擔心？ 很少或從未 有時 經常
- 您是否經常感到胸口鬱悶？ 否 有時 是
- 胃痛？ 否 有時 經常；頭痛？ 否 有時 經常
- 初經 (限女性)：
 - 初經的年紀： 歲
 - 經期是否規律？ 否 是 (間隔 日)
 - 您是否曾經經痛？ 否 是

第 2 部分： 健康檢查

醫師必須填寫所有問題，並於必要時提供附上意見。請注意，醫師應對本表中有關申請人健康的資訊、意見和建議負責。

需要隨附原實驗室認證過的數據資料，作為參考。

申請人姓名：

出生日期

年/ 月/ 日/

體檢：

身高： _____ 公分 體重： _____ 公斤

血壓： _____ / _____ mmHg 心跳： _____ /分鐘

視力： _____ 右 _____ 左

眼睛：正常 色覺異常 其他_

耳朵/鼻腔/咽喉：正常 耳道異常 唇顎裂
正在梗塞 過敏性鼻炎 慢性鼻炎 其他_

頸部：正常 斜頸 甲狀腺腫大 腺體的淋巴腫大 其他_

胸部：正常 胸廓異常 核心雜音 心律不整 其他

胸部 X 光：正常 類似結核病的徵兆 胸腔積水 胸部異常
結核鈣化 脊椎側彎 心室肥大
支氣管擴張症 其他_

腹部：正常 肝臟腫大 脾臟腫大 疝氣 其他_

脊椎、手臂與腿部：正常 脊椎側彎 青蛙腿 關節畸形
水腫 其他_

皮膚：正常 疣 紫斑 疥瘡 皮膚炎 其他_

口腔：正常 口腔衛生不良 牙結石 牙齦炎 乳牙 其他

尿液檢查：

NAD WBC PROTEIN CLUCOSE

B 型肝炎檢查：

陽性 陰性

申請人目前是否因任何身體或情緒狀況而正在接受治療？

.....

您對此申請人的健康狀況有何建議？

.....

透過病史與體檢，此申請人是否患有任何傳染病？

.....

醫療人員聲明：

本人聲明，本人已檢查上述申請人並認為：

- 此申請人的身體狀況適合在臺灣就讀
- 此申請人有精神或身體缺陷，且健康狀況不佳

醫師姓名、職稱 :.....

醫療／診所名稱 :.....

地址 :.....

.....

.....

未加蓋醫療或診所印章則無效