

財團法人花蓮縣私立博愛居安廬長期照護中心(養護型)

【新住民】健康檢查紀錄表

檢查日期： 年 月 日

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	視力	左____右____
身份證字號		身高:	cm	體重:	kg	聽力	左____右____
疾病診斷：							
多重抗藥性：							
身體評估	生命徵象	體溫：____度C；脈搏：____次/分；呼吸：____次/分；血壓：____ mmHg					
	皮膚完整性	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 疥瘡感染 <input type="checkbox"/> 其他皮膚病_____					
	心肺系統	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常,原因:					
	腹部評估	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常,原因:					
	感覺運動系統	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常,原因:					
	泌尿系統	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常,原因:					
實驗室檢查	胸部 X-ray	<input type="checkbox"/> 無特殊異常；X光檢查日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 無症狀鈣化陳舊性肺結核，需檢附無傳染疑慮之醫師診斷書一份。 <input type="checkbox"/> 痰液 AFB____(X光如有異常，需加驗痰液兩套陰性報告)					
	血液常規	Hb____ Ht____ WBC____ RBC____ Platelet____					
	生化檢查	血糖：Glucose AC____ 腎功能：BUN____ Cr____ 肝功能：GOT____ GPT____ 血脂肪：TG____ Chol____ 電解質：Na____ K____ 白蛋白：Albumin____					
	血清檢查	RPR____ AntiHIV____ HBsAg____ Anti-HBs Ab____ AntiHCV____					
	尿液 U/A	WBC____ RBC____ Pro____ Glu____ Ket____ OB____					
	糞便	桿菌性痢疾____ 阿米巴____ 寄生蟲____ 其他____					
其他注意事項或特殊藥物指示							
醫院醫師簽章							