

財團法人彰化縣私立珍瑩老人養護中心

新入住民體格檢查表

101.02.01 制定

114.05.22 修訂

姓名		出生日期	年 月 日
性別		身分證字號	
檢查項目	檢驗細項		檢驗值
<u>身高體重</u>	1. 身高 CM		
	2. 體重		
<u>尿液檢查</u>	1. 硝酸鹽/ (Nitrite)		
	2. 酸鹼值		
	3. 蛋白質		
	4. 尿糖		
	5. 酮體		
	6. 尿膽素元		
	7. 膽紅素		
	8. 尿潛血反應		
	9. 白血球		
	10 比重		
<u>血液常規檢查</u>	1. 白血球/ (white blood cell count/WBC)		
	2. 血紅素/ (Hemoglobin- Hb)		
	3. 紅血球/ (erythrocytes-RBC)		
	4. 紅血球容積比/ (Hct)		
	5. 紅血球平均體積/ (MCV)		
	6. 血小板/ (platelet count)		
	7. 平均紅血球血紅素量/ (MCH)		
	8. 平均紅血球血紅素濃度/ (MCHC)		
	9. 鈉/ (Sodium -Na)		
	10. 鉀/ (Potassium-K)		
	11. B 型肝炎抗原/ (HBsAg)		
	12. B 型肝炎抗體/ (Anti-HBc)		
	13. C 型肝炎抗體/ (Anti-HCV)		

	14. 梅毒血清/ (Reagin) / VDRL		
	15. HIV 抗體檢查		
<u>生化檢查</u> 1. 肝功能 2. 腎功能 3. 新陳代謝 4. 血脂肪	1. 胺基丙酸轉胺酶/ (GPT)		
	2. 血清天草酸轉胺/ (GOT)		
	3. 白蛋白/ (Albumin)		
	4. 血清肌酸酐/ (Crea tinine)		
	5. 尿素氮/(BUN)		
	6. 尿酸/(Uric Acid)		
	7. 血糖/Glucose/ AC		
	8. 血清總膽固醇/ (Total Cholesterol)		
	9. 三酸甘油脂/ (TG)		
	10. 糖化血色素/(HbA1c)		
皮膚檢查	疥瘡/ (Scabies)		
<u>傳染性疾病檢查</u> (因糞便檢查須入住前一週內完成，請將檢驗完成日期標示清楚)	1. 阿米巴痢疾 (Amebiasis)	檢驗值	
		檢驗完成日期	
	2. 桿菌性痢疾 (Shigellosis)	檢驗值	
		檢驗完成日期	
	3. 糞便一般檢查 (胃腸出血、感染寄生蟲)	檢驗值	
		檢驗完成日期	
胸部 X 光 (請胸腔科醫師判讀並蓋醫師章)			
意見及建議			
檢驗日期(需在入住前三個月內之報告): _____ 醫師簽章: _____ 醫院電話: _____ 醫院名稱: _____ 醫院地址: _____			

