



台北市私立愛愛院 入住前住民健康檢查項目表

誠摯歡迎選擇加入愛愛院大家庭成為本院住民；為能建立長輩完整健康照護計畫及環境安全；於長輩入住前須提供體檢資料，謝謝您的配合。

1. 請提供近期三個月內長輩**住院病歷摘要**。
2. 若長輩無住院摘要，則依照體檢報告評估。
3. 長輩入住前，並請完成以下檢驗項目(體檢須空腹 8 小時)。
4. 檢驗報告須為最近三個月內之公立或私立醫院健康檢查證明書，糞便檢查報告為入住日前一周為有效期。
5. 若有傳染性疾病，如糞便異常需立即就醫，待療程完成無傳染疑慮時，請附上就醫證明方可辦理入住。

若無法配合提供以下資料，本院即無法協助安排入住

姓名: _____	身分證號碼: _____	生理性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
血液常規檢查	生化檢查	糞便檢查
		報告日期: 年 月 日
RBC : _____ 10 ⁶ /mm ³	GOT(AST) _____ IU/L	桿菌性痢疾: _____
HGB : _____ g/dl	GPT(ALT) _____ IU/L	阿米巴性痢疾: _____
HCT : _____ %	Albumin _____ g/dl	寄生蟲感染陰性檢驗: _____
MCV : _____ μm ³	Globulin _____ g/dl	尿液檢查
PLT: _____ 10 ³ /mm ³	Cholesterol _____ mg/dl	Color___ WBC_____
WBC: _____ 10 ³ /mm ³	TG _____ mg/dl	Clarity___ RBC_____ Nitrite___
LYM _____ %	B U N _____ mg/dl	OB _____ Glu _____ Leu. : ___
MON: _____ %	Creatinine _____ mg/dl	pH_____ Cast : _____
NEU: _____ %	Na _____	Protein ___ Bilirubin _____
EOS: _____ %	UA _____ mg/dl	Sp gr___ Urob___ Crystal : ___
BAS _____ %	Glucose(AC) _____ mg/dl	Ketone Body : ___ Epithelial Cell : _____
血清檢查	VitD _____ ng/ml	皮膚狀況
HBsAg: _____ Anti- HBs : _____	HbA ₁ C _____ %	<input type="checkbox"/> 無明顯異常
RPR : _____ Anti -HIV : _____	HDL-C _____ mg/dl	<input type="checkbox"/> 異常: _____
	e-GFR: _____ ml/min/1.73m ²	
胸部 X-光檢查: <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常 : _____		
檢查結果 : <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 : _____		
建議 : <input type="checkbox"/> 繼續門診追蹤 <input type="checkbox"/> 接受治療 : _____		
醫師簽章 : _____ 評估日期: 年 月 日		

	姓名： _____ 身分證字號： _____ 生日： _____ 病歷號碼： _____
疾病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 攝護腺肥大 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺部疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 癌症；說明： _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____
長期服藥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有；說明： _____
身體檢查	身高： _____ 公分 體重： _____ 公斤 呼吸： _____ 次/分鐘 血壓： _____ / _____ mmHg 脈搏： _____ 次/分鐘 眼睛： 裸視視力：(右眼) _____ 矯正視力：(右眼) _____ 裸視視力：(左眼) _____ 矯正視力：(左眼) _____ 耳鼻喉口腔： <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： <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫大： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 心臟聽診： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： _____ 左側乳房： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： _____ 右側乳房： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： _____ 腹部： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： _____ 四肢： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： _____ 其他異常： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： _____ 檢查醫師： _____ 檢查日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日