

健行科技大學學生健康資料卡

學號

學生基本資料	入學日期	年 月	就讀系所、班別			姓名					
	出生日期	年 月 日	血型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號				
	戶籍地址									學生本人行動電話	
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：									
	緊急聯絡人、 監護人或 附近親友	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話					學生本人 E-mail

健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病										
	<input type="checkbox"/> 1.無	<input type="checkbox"/> 6.腎臟病	<input type="checkbox"/> 11.關節炎								<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核	<input type="checkbox"/> 7.癲癇	<input type="checkbox"/> 12.糖尿病								<input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____					<input type="checkbox"/> 18.其他：_____			
	<input type="checkbox"/> 4.肝炎	<input type="checkbox"/> 9.血友病	<input type="checkbox"/> 14.癌症：_____								
<input type="checkbox"/> 5.氣喘	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症	<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____									
高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於 500度？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不知道											
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別_____											
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別_____等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度											
特殊疾病現況或應注意事項（請描述）：_____											
若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，請主動告知並提供就診病歷摘要，以作為照護參考											
家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____											

生活型態	※ 請勾選最合適的選項：										
	<p>1. 過去7天內（不含假日），睡眠習慣： <input type="checkbox"/>①每日睡足7小時 <input type="checkbox"/>②不足7小時 <input type="checkbox"/>③時常失眠</p> <p>2. 過去7天內（不含假日），早餐習慣： <input type="checkbox"/>①都不吃 <input type="checkbox"/>②有時吃，____天 <input type="checkbox"/>③每天吃（<input type="checkbox"/>9點前吃/<input type="checkbox"/>9點後吃）</p> <p>3. 過去7天內，你進行中等強度以上（活動時仍可交談，但無法唱歌）的運動、健身、交通和休閒性身體活動，累計1天至少10分鐘有幾天？<input type="checkbox"/>0天 <input type="checkbox"/>1天 <input type="checkbox"/>2天 <input type="checkbox"/>3天 <input type="checkbox"/>4天 <input type="checkbox"/>5天 <input type="checkbox"/>6天 <input type="checkbox"/>7天</p> <p>4. 過去一個月內，你吸菸/煙（包括傳統菸品、電子煙及加熱式菸品等新興菸品）情形？ <input type="checkbox"/>①不吸菸 <input type="checkbox"/>②已戒除 <input type="checkbox"/>③有時吸菸（可複選：<input type="checkbox"/>a傳統菸品、<input type="checkbox"/>b電子煙、<input type="checkbox"/>c加熱式菸品等） <input type="checkbox"/>④每天吸菸（可複選：<input type="checkbox"/>a傳統菸品、<input type="checkbox"/>b電子煙、<input type="checkbox"/>c加熱式菸品等）</p> <p>5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/>①不喝酒 <input type="checkbox"/>②有時喝酒 <input type="checkbox"/>③每天喝酒（<input type="checkbox"/>2杯以上、<input type="checkbox"/>1杯、<input type="checkbox"/>不到1杯） <input type="checkbox"/>④已戒除 （1杯的定義：啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml）</p>					<p>6. 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/>①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/>②有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/>③每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/>④已戒除</p> <p>7. 時常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/>①沒有 <input type="checkbox"/>②有時 <input type="checkbox"/>③時常</p> <p>8. 時常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/>①沒有 <input type="checkbox"/>②有時 <input type="checkbox"/>③時常</p> <p>9. 過去7天內，多久排便一次？ <input type="checkbox"/>①每天至少一次 <input type="checkbox"/>②兩天 <input type="checkbox"/>③三天 <input type="checkbox"/>④四天以上</p> <p>10. 過去7天內（不含假日）每日除了上課及作功課需要之外，累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/>①不到2小時 <input type="checkbox"/>②約2-4小時 <input type="checkbox"/>③約4小時以上，____小時</p> <p>11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/>①0次 <input type="checkbox"/>②1次 <input type="checkbox"/>③2次 <input type="checkbox"/>④3次以上</p> <p>12. 在沒有牙痛或其他口腔不舒服的情況下，你多久會做一次口腔健康檢查？ <input type="checkbox"/>①每半年一次 <input type="checkbox"/>②每年一次 <input type="checkbox"/>③一年以上 <input type="checkbox"/>④從來沒有</p> <p>13. 月經情況（女生回答）：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/>①沒有 <input type="checkbox"/>②輕微 <input type="checkbox"/>③嚴重 <input type="checkbox"/>④不知道/拒答</p>					

自我健康評估	1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？ <input type="checkbox"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好										
	2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？ <input type="checkbox"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好										
※ 目前有哪些健康問題？ <input type="checkbox"/> 有，請敘述：_____；是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是											

全身檢查項目		檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選）						檢查醫事人員簽章		
身高：_____公分		體重：_____公斤		腰圍_____公分						
血壓：_____/____mmHg		脈搏：_____次/分								
視力檢查		裸視：左眼_____右眼_____		矯正視力：左眼_____右眼_____						
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他								
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如： <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 其他								
頭頸	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他								
胸腔及外觀	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他								
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他								
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他								
皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他								
口腔	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 未治療齲齒 <input type="checkbox"/> 缺牙(因齲齒拔除) <input type="checkbox"/> 已矯治牙齒 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他								
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 <input type="checkbox"/> 其他建議：	科醫師診治						承辦檢查醫院簽章		
實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果		實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果		
			異常註記	追蹤				異常註記	追蹤	
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)				血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)				
	尿糖 (+)(-)				腎功能	肌酸酐 (mg/dl)				
	潛血 (+)(-)				檢查	尿酸 (mg/dl)				
	酸鹼值				肝功能	麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)				
血液常規檢查	血色素 (g/dl)				檢查	麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)				
	白血球 (10 ³ /μL)									
	紅血球 (10 ⁶ /μL)									
	血小板 (10 ³ /μL)									
	平均血球容積 MCV (fl)									
	血球容積比 Hct (%)									
胸部 X光檢查	檢查日期	檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 其他						複查矯治、日期及備註：		
臨時性檢查	檢查名稱		檢查日期		檢查單位		檢查結果		轉介複查追蹤及備註	
健康管理綜合紀錄	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄									

為符合「學生健康檢查實施辦法」，同意將本次體檢報告及個人資料供健行科技大學衛生保健組做為學生健康管理使用。

上述資料同意請簽名：_____