

大專校院校名 中臺科技大學 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(組)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：					相片黏貼處 (不用貼)			
	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				

個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病

<input type="checkbox"/> 1.無	<input type="checkbox"/> 7.癲癇	<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：
<input type="checkbox"/> 2.肺結核	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 14.癌症：
<input type="checkbox"/> 3.心臟病	<input type="checkbox"/> 9.血友病	<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：
<input type="checkbox"/> 4.肝炎	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症	<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：
<input type="checkbox"/> 5.氣喘	<input type="checkbox"/> 11.關節炎	<input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：
<input type="checkbox"/> 6.腎臟病	<input type="checkbox"/> 12.糖尿病	<input type="checkbox"/> 18.其他：

領有重大傷病證明卡，類別

領有身心障礙手冊，類別 \_\_\_\_\_ 等級：極重度 重度 中度 輕度

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

※ 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，幾點吃？____點</p> <p>3. 過去一個月內(不含假日及寒暑假)，若以每週至少運動3次，每次至少30分鐘為基準，心跳達每分鐘130下，您做到了嗎？<input type="checkbox"/>①有 <input type="checkbox"/>②沒有</p> <p>4. 過去一個月內，吸菸行為：<input type="checkbox"/>①不吸菸 <input type="checkbox"/>②時常吸菸 <input type="checkbox"/>③每天吸菸，____支/天 <input type="checkbox"/>④已戒除</p> <p>5. 過去一個月內，喝酒行為：<input type="checkbox"/>①不喝酒 <input type="checkbox"/>②時常喝酒 <input type="checkbox"/>③每天喝酒，____杯/天 <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時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/>③每天嚼檳榔，____粒/天 <input type="checkbox"/>④已戒除</p>	<p>7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？<input type="checkbox"/>①沒有 <input type="checkbox"/>②很少 <input type="checkbox"/>③時常</p> <p>8. 常覺得胸悶嗎？<input type="checkbox"/>沒有 <input type="checkbox"/>很少 <input type="checkbox"/>時常</p> <p>9. 常覺得胃痛嗎？<input type="checkbox"/>沒有 <input type="checkbox"/>很少 <input type="checkbox"/>時常</p> <p>10. 常覺得頭痛嗎？<input type="checkbox"/>沒有 <input type="checkbox"/>很少 <input type="checkbox"/>時常</p> <p>11. 月經情況(女生回答) (1)初次月經<input type="checkbox"/>①無 <input type="checkbox"/>②有，初經年齡：____歲 (2)月經週期？<input type="checkbox"/>①≤20天 <input type="checkbox"/>②21-40天 <input type="checkbox"/>③≥41天 <input type="checkbox"/>④不規律(差異7天以上) (3)有無經痛現象？<input type="checkbox"/>①沒有 <input type="checkbox"/>②輕微 <input type="checkbox"/>③嚴重</p> <p>12. 排便習慣：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>13. 網路使用習慣：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每天少於1小時 <input type="checkbox"/>②每天約1-2小時 <input type="checkbox"/>③每天約2-4小時 <input type="checkbox"/>④每天約4-5小時 <input type="checkbox"/>⑤每天約5小時或以上</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？①極好的 ②很好 ③好 ④普通 ⑤不好

2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？①極好的 ②很好 ③好 ④普通 ⑤不好

※ 目前有哪些健康問題？請敘述：

▲特殊疾病現況或應注意事項 詳如病歷摘要 ▲是否接受健康中心關懷晤談 是 否，請簽名：\_\_\_\_\_

科系		檢查日期	檢查日期： 年 月 日
學號		姓名	
一般及理學檢查			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"/> 青蛙肢(蹲距困難) <input type="checkbox"/> 其他	
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未檢查	<input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <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"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他	
實驗室檢查項目		檢查結果	
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 (+)(-)		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)		麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)
	白血球 ( $10^3/\mu\text{L}$ )		
	紅血球 ( $10^6/\mu\text{L}$ )		
	血小板 ( $10^3/\mu\text{L}$ )		
	平均血球容積 MCV (fl)		
胸部 X光檢查	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"/> 其他		
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 _____ 科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：		承辦檢查醫院簽章