

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			相片黏貼處 （不用貼）							
	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										

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"/> 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.蠱豆症			<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：			
<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"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 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										

生 活 型 態	※ 請勾選最合適的選項： 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 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 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 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 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） 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				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 8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 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 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 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					
------------------	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--

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極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ①極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> 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		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 (+) (-)		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 ($10^3/\mu\text{L}$)				
	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