

東南科技大學 學生健康資料卡

學生基本資料	學 號											血 型	相片黏貼處	
	姓 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生 日期			年 月 日							
	入 學 日期	年 月		就讀系所、班 (組) 別		<input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 碩士班		<input type="checkbox"/> 轉學生 <input type="checkbox"/> 陸生 <input type="checkbox"/> 境外生		科系 年 班				
	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	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"/> 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"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 不知道														
領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，類別：_____														
領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，類別：_____，等級： <input type="checkbox"/> 1. 輕度 <input type="checkbox"/> 2. 中度 <input type="checkbox"/> 3. 重度 <input type="checkbox"/> 4. 極重度														
特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有(請描述)：_____														
若有上述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： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____， <input type="checkbox"/> 2. 不知道														
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"/> . 每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> . 不足7小時 <input type="checkbox"/> . 時常失眠													
	2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> 都不吃 <input type="checkbox"/> . 有時吃，吃_____天 <input type="checkbox"/> . 每天吃：(9點前吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；9點後吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否)													
	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													
	4. 過去一個月內，你吸菸/煙(包括傳統紙菸、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形？ <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> . 已戒除 <input type="checkbox"/> . 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"/> . 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)。													
	5. 過去一個月內，你喝酒情形？ <input type="checkbox"/> . 不喝酒 <input type="checkbox"/> . 有時喝酒 <input type="checkbox"/> . 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"/> 已戒除，勾選「每天喝酒」者，需進一步選擇每天喝酒杯數，1杯的定義為啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml。													
	6. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？ <input type="checkbox"/> . 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> . 有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> . 每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 已戒除													
	7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> . 有時 <input type="checkbox"/> . 時常													
	8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> . 有時 <input type="checkbox"/> . 時常													
	9. 過去7天內，你多久排便一次？ <input type="checkbox"/> . 每天至少一次 <input type="checkbox"/> . 兩天 <input type="checkbox"/> . 三天 <input type="checkbox"/> 4天以上													
	10. 過去7天內(不含假日)每日除了上課及作功課需要之外，你累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/> . 不到2小時 <input type="checkbox"/> . 約2-4小時 <input type="checkbox"/> . 約4小時以上，_____小時													
	11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> 0次 <input type="checkbox"/> . 1次 <input type="checkbox"/> . 2次 <input type="checkbox"/> . 3次以上													
	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"/> . 每半年一次 <input type="checkbox"/> . 每年一次 <input type="checkbox"/> 一年以上 <input type="checkbox"/> . 從來沒有													
13. 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> . 沒有 <input type="checkbox"/> . 輕微 <input type="checkbox"/> . 嚴重 <input type="checkbox"/> 不知道/拒答														
自我健康評估	過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？ <input type="checkbox"/> . 非常好 <input type="checkbox"/> . 好 <input type="checkbox"/> . 一般 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/> 5非常不好													
	過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？ <input type="checkbox"/> . 非常好 <input type="checkbox"/> . 好 <input type="checkbox"/> . 一般 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/> 5非常不好													
	目前有哪些健康問題？請敘述： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0. 否 <input type="checkbox"/> 1. 是													

*本人同意貴院將本人體檢結果之資料提供給本人就讀之學校，並同意學校為健康管理之使用。

立同意書人：_____ (簽名)

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		<input type="checkbox"/> 腰圍_____公分								
血壓：1. _____ / _____ mmHg 2. _____ / _____ mmHg		脈搏：1. _____ 次/分 2. _____ 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：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								
胸部及外觀	<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								
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								
口腔篩檢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 牙齦炎※： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 牙結石※： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <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_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：						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、尿糖	、			血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)				
	潛血、酸鹼值	、				三酸甘油脂 (mg/dl) ※				
	尿白血球、酮體	、			腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)				
	尿膽素原、膽紅素	、				尿酸 (mg/dl)				
	亞硝酸鹽、比重	、				血尿素氮 (mg/dl) ※				
血液常規檢查	血色素 (g/dl)				肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)				
	白血球 (10 ³ /μL)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)				
	紅血球 (10 ⁶ /μL)				血清免疫學	B型肝炎表面抗原△				
	血小板 (10 ³ /μL)					B型肝炎表面抗體△				
	平均血球容積MCV				其他					
	血球容積比※									
	平均血色素濃度※									
	紅血球平均血紅素※									
胸部X光檢查	X光號	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									