

東南科技大學 學生健康資料卡

學生基本資料	學 號					身 分 證 字 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"/> m4天 <input type="checkbox"/> ⑤5天 <input type="checkbox"/> ⑥6天 <input type="checkbox"/> ⑦7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"/> m四天以上																					
	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"/> m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"/> m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"/> m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）