

# 嶺東科技大學 學生健康資料卡 (自填)

填寫日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

學生基本資料	學 號		系所/班級		/	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							
	通訊地址						學生本人 行動電話							
	E-mail													
	緊急聯絡人、 監護人或 附近親友	關係	姓名	行動電話		電話(家)	電話(公)							

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：_____										若有左述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，請主動告知並提供醫師診斷書，以作為照護參考。 應注意事項：
	<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 (三年內曾發作) <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 (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											
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											
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"/> 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，吃_____天 <input type="checkbox"/> ③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"/> ①0天 <input type="checkbox"/> ②1天 <input type="checkbox"/> ③2天 <input type="checkbox"/> ④3天 <input type="checkbox"/> ⑤4天 <input type="checkbox"/> ⑥5天 <input type="checkbox"/> ⑦6天 <input type="checkbox"/> ⑧7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"/> 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)。										
	5. 過去一個月內，你喝酒情形？ <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"/> 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"/> 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"/> 已戒除										
	7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常										
	8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常										
	9. 過去7天內，你多久排便一次？ <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										
	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"/> 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										
	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										
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											
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											

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"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0. 否 <input type="checkbox"/> 1. 是 請敘述：										
※目前服用藥物： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，原因：_____，藥物名稱：_____											

系科： 班級： 學號： 姓名：  
**嶺東科技大學健康檢查紀錄表** (健檢單位填寫)

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/					
視力檢查 裸視：右眼 左眼 矯正視力：右眼 左眼							
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其他	辨色力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 赤色弱 <input type="checkbox"/> 綠色弱					
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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	聽力：左 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常					
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"/> 蹲踞困難 <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						
口腔篩檢	<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"/> 齶齒 類 <input type="checkbox"/> 缺牙 類 <input type="checkbox"/> 阻生牙 類 <input type="checkbox"/> 贅生牙 類 <input type="checkbox"/> 其他						
實驗室檢查項目		初查	檢查結果		實驗室檢查項目		
		結果	異常註記	追蹤			
尿液 檢查	尿蛋白 (+) (-)				血小板	/ul	
	尿糖 (+) (-)				腎功能 檢查	UA	mg/dl
	潛血 (+) (-)					BUN	mg/dl
	酸鹼值					CREA	mg/dl
血液 常規 檢查	白血球	/ul			肝功能 檢查	SGOT	/ul
	紅血球	萬/ul				SGPT	/ul
	血紅素	g/dl			血脂肪	CHOL	mg/dl
	血球容積比	%				TG	mg/dl
	MCV	f1				HDL	mg/dl
	MCH	pg			血清 免疫學	HBsAg	
MCHC	g/dl			HBsAb			
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"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 其他				複查矯治、日期及備註：		
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						
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		