

入學日期： 年 月

景文科技大學 學生健康資料卡

學生基本資料	就讀系所、班(組)別				姓名				學號				
	出生日期	年	月	日	血型	身分證字號							
	性別				E-mail								
	特殊身份別	<input type="checkbox"/> 1. 原住民 <input type="checkbox"/> 2. 僑生 <input type="checkbox"/> 3. 外籍生 <input type="checkbox"/> 4. 港澳生 <input type="checkbox"/> 5. 陸生 <input type="checkbox"/> 6. 新住民 <input type="checkbox"/> 7. 新住民二代											
	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(家)	電話(公)	行動電話								
健康基本資料	個人病史：勾選本人曾罹患過的疾病												
	<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： <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													
除了書面報告外，另提供上網查詢報告服務？ <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意													
已年滿 20 歲以上的同學，是否同意將檢查結果通知家長？ <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意													
女性請填寫：本人確定無懷孕 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，並接受 X 光檢查。上述資料確定無誤後，請簽名：													
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(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(包括傳統菸品、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"/> ④傳統菸品 <input type="checkbox"/> ⑤電子煙 <input type="checkbox"/> ⑥加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ④每天吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> ④傳統菸品 <input type="checkbox"/> ⑤電子煙 <input type="checkbox"/> ⑥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時常喝酒 <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"/> ④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：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時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ④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"/> ③4 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												
	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												
14. 一週中攝取 5 份新鮮蔬菜水果(3 份蔬菜 2 份水果)之天數： <input type="checkbox"/> ①≤1 天 <input type="checkbox"/> ②2-3 天 <input type="checkbox"/> ③4-5 天 <input type="checkbox"/> ④6-7 天													
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，請敘述：													
※是否需要學校協助： <input type="checkbox"/> 0. 否 <input type="checkbox"/> 1. 是													

檢查項目	檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選）			檢查人員 簽章	
體 格	身高 公分	體重 公斤	腰圍 公分		
血 壓	/ mmHg		脈搏 次/分		
視 力	裸視：左眼 右眼 矯正視力：左眼 右眼				
眼 睛	<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"/> 耳聾堵塞 <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			
心 臟	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 心雜音 <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			
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"/> 有異常，需接受 科 醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：			承辦檢查醫師簽章	
實驗室檢查項目		初查 結果	實驗室檢查項目		初查 結果
血液常規 檢查	白血球 ($10^3/\mu\text{L}$)		尿液 檢查	尿蛋白 (+) (-)	
	紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$)			尿糖 (+) (-)	
	血色素 (g/dl)			潛血 (+) (-)	
	血小板 ($10^3/\mu\text{L}$)			酸鹼值	
	平均血球容積 MCV (fl)		血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)	
	平均紅血球血紅素量 MCH (pg)			三酸甘油酯 (mg/dl)	
	平均紅血球血紅素濃度 MCHC(g/L)			高密度脂蛋白 (mg/dl)	
	血球容積比 Hct (%)		腎功能	肌酸酐 (mg/dl)	
肝功能 檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT (U/L)	尿酸 (mg/dl)			
麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT (U/L)	血尿素氮 (mg/dl)				
胸部 X 光 檢查	檢查日期	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			
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				