

國立中正大學學生健康資料卡

						入學 日期	年 月	
學生 基本 資 料	姓名		就讀系所、班(組)別				學號	
	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	
	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		學生本人 E-mail
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: _____								
健 康 基 本 資 料	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"/> 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有時吸菸（可複選： <input type="checkbox"/> ③傳統菸品、 <input type="checkbox"/> ④電子煙、 <input type="checkbox"/> ⑤加熱式菸品等） <input type="checkbox"/> ③每天吸菸（可複選： <input type="checkbox"/> ③傳統菸品、 <input type="checkbox"/> ④電子煙、 <input type="checkbox"/> ⑤加熱式菸品等） <input type="checkbox"/> ④已戒除。							
	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"/> ④2杯以上、 <input type="checkbox"/> ⑤1杯、 <input type="checkbox"/> ⑥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"/> 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"/> 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？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								

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/分				
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"/> 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"/> 耵聹栓塞 <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"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 其他：						
皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 癩 <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	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：				承辦檢查醫療院所簽章			
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	
血液常規檢查	血色素 (g/dL)		<input type="checkbox"/> 異常註記	<input type="checkbox"/> 追蹤	尿液檢查	尿蛋白 (+) (-)		
	白血球 ($10^3/\mu\text{L}$)		<input type="checkbox"/> 異常註記	<input type="checkbox"/> 追蹤		尿糖 (+) (-)		
	紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$)		<input type="checkbox"/> 異常註記	<input type="checkbox"/> 追蹤		潛血 (+) (-)		
	血小板 ($10^3/\mu\text{L}$)		<input type="checkbox"/> 異常註記	<input type="checkbox"/> 追蹤		酸鹼值		
	平均血球容積比MCV		<input type="checkbox"/> 異常註記	<input type="checkbox"/> 追蹤	肝功能檢查	SGOT(AST) (U/L)		
	血球容積比 Hct (%)		<input type="checkbox"/> 異常註記	<input type="checkbox"/> 追蹤		SGPT(ALT) (U/L)		
腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dL)		<input type="checkbox"/> 異常註記	<input type="checkbox"/> 追蹤	血脂肪	總膽固醇 (mg/dL)		
	尿酸 (mg/dL)		<input type="checkbox"/> 異常註記	<input type="checkbox"/> 追蹤	其他	血糖 (mg/dL)		
	血尿素氮 (mg/dL)		<input type="checkbox"/> 異常註記	<input type="checkbox"/> 追蹤				
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：				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							