

華梵大學學生健康資料卡

學號													
學生基本資料	入學日期	年 月		系所、班(組)別				姓名					
	出生日期			血型			性別			身分證字號			
	戶籍地址								學生本人行動電話		相片黏貼處 (1吋照片)		
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：											
	緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)		電話(公)		行動電話					
監護人或 附近親友													
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													
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(包括傳統式紙菸、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"/> 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"/> ③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) <input type="checkbox"/> ④已戒除 <<CO 檢查值：___PPM>>												
	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"/> a2杯以上 <input type="checkbox"/> b1杯 <input type="checkbox"/> c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330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml												
	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"/> 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												
14. 此次參加體檢是否有空腹？ <input type="checkbox"/> 有吃東西 <input type="checkbox"/> 沒有吃東西													
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 ※ 您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：												
個資同意	<input type="checkbox"/> 本人同意衛生保健組於符合相關法令規範內，得以蒐集、處理及利用本人之健康資料，由校方以電子及紙本方式建立資料庫，進行資料之彙整及分析，以利進行學生健康管理。												
	同意人簽名：												

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		自選項目：腰圍_____公分							
血壓：_____ / _____ mmHg		脈搏：_____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"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他_____							
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input checked="" 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	<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 (+)(-)				血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)			
	尿糖 (+)(-)					三酸甘油酯 (mg/dl)			
	潛血 (+)(-)					低密度脂蛋白			
血液 常規 檢查	酸鹼值				腎功能 檢查	高密度脂蛋白			
	血色素 (g/dl)					肌酸酐 (mg/dl)			
	白血球 ($10^3/\mu\text{L}$)				肝功能 檢查	尿酸 (mg/dl)			
	紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$)					血尿素氮 (mg/dl)			
	血小板 ($10^3/\mu\text{L}$)				血清 免疫學	麩胺酸草醋酸轉胺酶 GOT(U/L)			
	平均血球容積 MCV (fl)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶 GPT(U/L)			
	血球容積比 Hct (%)					B型肝炎表面抗原(HbsAg)			
平均血紅素 MCH(Pg)				其他	B型肝炎表面抗體(HbsAb)				
MCHC (g/dl)					B型肝炎e抗原(HbeAg)				
					血糖 (mg/dl)				
					C型肝炎抗體				
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								