

逢甲大學學生健康資料卡

										學號										
學生基本資料	入學日期		年 月		就讀系所、班(組)別					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									
	戶籍地址										★學生行動電話									
	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					相片黏貼處								
健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病										特殊疾病現況或應注意事項									
	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____										<input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要									
	<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.蠶豆症 <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____																				
<input type="checkbox"/> 5.氣喘 <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：_____																				
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別 _____																				
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別 _____ 等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度																				
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：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 _____，疾病名稱 _____																				
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，____天 <input type="checkbox"/> 每天吃，幾點吃？____點 3. 過去一個月內(不含假日及寒暑假)，若以每週至少運動3次，每次至少30分鐘為基準，心跳達每分鐘130下，您做到了嗎： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 時常吸菸 <input type="checkbox"/> 每天吸菸，____支/天 <input type="checkbox"/> 已戒除 5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 時常喝酒 <input type="checkbox"/> 每天喝酒，____杯/天 <input type="checkbox"/> 已戒除 (1杯的定義：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml) 6. 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔，____粒/天 <input type="checkbox"/> 已戒除										7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 11. 月經情況(女生回答) (1) 初次月經 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，初經年齡：____歲 (2) 月經週期？ <input type="checkbox"/> ≤20天 <input type="checkbox"/> 21-40天 <input type="checkbox"/> ≥41天 <input type="checkbox"/> 不規律(差異7天以上) (3) 有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 嚴重 12. 排便習慣：過去7天內，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"/> 四天以上 13. 網路使用習慣：過去7天內(不含假日)每日除了上課及作功課需要之外，累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/> 每天少於1小時 <input type="checkbox"/> 每天約1-2小時 <input type="checkbox"/> 每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> 每天約4-5小時 <input type="checkbox"/> 每天約5小時或以上									
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"/> 極好的 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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"/> 極好的 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好																			
※ 目前有哪些健康問題？請敘述：																				

★個資聲明：本人同意逢甲大學基於關懷學生健康及行政所需，對本人個人資料，學校依個人資料保護法、相關法令範圍內進行處理及利用，必要時將檢查結果告知直系親屬。

簽署人：

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： <input type="checkbox"/> 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"/> 疑似輕微甲狀腺腫大 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫大 <input type="checkbox"/> 淋巴結腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____																
胸部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <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"/> 青蛙肢（蹲距困難） <input type="checkbox"/> 其他_____																
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input 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 <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"/> 其他_____																
牙齒位置圖	檢查代碼 C-齶齒 X-缺牙 ' -已矯治 ϕ-阻生牙 Sp.-贅生牙																
右	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上
下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 <input type="checkbox"/> 其他建議：_____															科醫師診治	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 (+)(-)				三酸甘油脂 TG												
	潛血 (+)(-)				高密度膽固醇												
	酸鹼值				低密度膽固醇												
	膽紅素(BIL)			腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)												
	尿膽素原(URO)				尿酸 (mg/dl)												
比重(SG)			血尿素氮 (mg/dl) ※														
血液常規檢查	血色素 (g/dl)			肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)												
	白血球 (10 ³ /μL)				麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)												
	紅血球 (10 ⁶ /μL)			血清免疫學	B型肝炎表面抗原												
	血小板 (10 ³ /μL)				B型肝炎表面抗體												
	平均血球容積 MCV (fl)			膽功能檢查	總膽紅素(T-BIL)												
	血球容積比 Hct (%) ※				直接膽紅素(D-BIL)												
	血糖 Glucose			其他													
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"/> 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																