

世新大學學生健康資料卡

日間 進修學士班 在職專班 碩士班 碩士在職專班 博士班

學號			科系				
學生基本資料	入學日期	年 月	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	
	戶籍地址					學生本人行動電話	
	現居地址					相片黏貼處	
	緊急聯絡人、監護人或附近親友	關係	姓名	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"/> 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"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 <input type="checkbox"/> 3.不知道						
	領有重大傷病（含罕見疾病）證明卡： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有，類別：_____						
	領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有，類別：_____，等級： <input type="checkbox"/> A.輕度 <input type="checkbox"/> B.中度 <input type="checkbox"/> C.重度 <input type="checkbox"/> D.極重度						
	特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.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"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____， <input type="checkbox"/> 3.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"/> 1.0 天 <input type="checkbox"/> 2.1 天 <input type="checkbox"/> 3.2 天 <input type="checkbox"/> 4.3 天 <input type="checkbox"/> 5.4 天 <input type="checkbox"/> 6.5 天 <input type="checkbox"/> 7.6 天 <input type="checkbox"/> 8.7 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"/> 1.2 杯以上、 <input type="checkbox"/> 2.1 杯、 <input type="checkbox"/> 3.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"/> 1.0 次 <input type="checkbox"/> 2.1 次 <input type="checkbox"/> 3.2 次 <input type="checkbox"/> 4.3 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	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 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"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 1.否 <input type="checkbox"/> 2.是 _____						

經本校向您告知『個人資料提供同意書』事項，當您勾選並親自簽章後，即視為您已詳閱並了解本同意書內容，且同意遵守所有事項。

立書同意人：_____ 法定代理人：_____ (未滿 20 歲需家長簽全名)

中華民國__年__月__日

班級:		學號:		姓名:		檢查醫事人員 簽章	
全身檢查項目		檢查日期: 年 月 日 · 檢查結果登錄 (請勾選)					
身高: ___ 公分 體重: ___ 公斤		血壓: ___ / ___ mmHg		脈搏: ___ 次/分			
BMI: _____		腰圍: ___ 公分					
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"/> 耳聾栓塞△ <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					
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					
口腔篩檢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	未治療齲齒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 缺牙(因齲齒拔除): <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 已矯治牙齒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 牙齦炎※: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 牙結石※: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 <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
尿蛋白 (+) (-)				血脂肪	總膽固醇 TC (mg/dl)		
尿糖 (+) (-)					三酸甘油酯 TG (mg/dl)		
潛血 (+) (-)				腎功能 檢查	血尿素氮 (mg/dl)		
酸鹼值					肌酸酐 (mg/dl)		
血色素 Hb (g/dl)					尿酸 (mg/dl)		
白血球 WBC (103/μL)				肝功能 檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶		
紅血球 RBC (106/μL)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶		
血小板 Plat (103/μL)				血清免 疫學	B 型肝炎表面抗原		
血球容積比 Hct (%)					B 型肝炎表面抗體		
平均血球容積 MCV (fl)					B 型肝炎 E 抗原		
平均紅血球血色素量 MCH				血糖	血糖 Blood sugar (mg/dl)		
平均紅血球血色素濃度 MCHC							
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:	

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
特殊紀錄： <input type="checkbox"/> 生理期 <input type="checkbox"/> 懷孕 <input type="checkbox"/> 疑似懷孕 <input type="checkbox"/> 未禁食	

△：學生健康檢查實施辦法中視需要而辦理之項目 ※：學校自選項目

(111.06.27)