

大專校院校名 義守大學 學生健康資料卡
(教育部修訂版)

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

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？0.無 1.有 2.不知道

領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡，0.無 1.有，類別_____

領有身心障礙手冊，0.無 1.有，類別_____，等級：1.輕度 2.中度 3.重度 4.極重度

特殊疾病現況或應注意事項：0.無 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：0.無 1.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____，2.不知道

生活型態	<p>※ 請勾選最合適的選項：</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>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"/>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</p> <p>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 (1杯的定義：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml)</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>
------	--	--

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	<input type="checkbox"/> 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 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：_____				承辦檢查醫療院所簽章				
實驗室檢查項目		初查 結果	檢查結果 異常註記 追蹤		實驗室檢查項目	初查 結果	檢查結果 異常註記 追蹤		
尿液 檢查	尿蛋白 (+)(-)				腎功能 檢查	肌酸酐 (mg/dl)			
	尿糖 (+)(-)					尿酸 (mg/dl)			
	潛血 (+)(-)				血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)			
	酸鹼值					高密度脂蛋白膽固醇 (mg/dl)			
血液 常規 檢查	血色素 (g/dl)				肝功能 檢查	三酸甘油酯 (mg/dl)			
	白血球 ($10^3/\mu\text{L}$)					SGOT(AST) (U/L)			
	紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$)					SGPT(ALT) (U/L)			
	血小板 ($10^3/\mu\text{L}$)				血清	B型肝炎表面抗原			
	平均血球容積 MCV (fl)				免疫學	B型肝炎表面抗體			
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								