



國立東華大學 學生健康資料卡

檢查日期: / /

學生基本資料	學號	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						相片黏貼處
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右:						
	E-mail							
	緊急聯絡人、	關係	姓名	電話(家)	電話(公)			
	監護人或	行動電話						
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"/> 2.肺結核 <input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 4.肝炎 <input type="checkbox"/> 5.氣喘 <input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 10.蠶豆症 <input type="checkbox"/> 11.關節炎 <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病: <input type="checkbox"/> 14.癌症: <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血: <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱 <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱: <input type="checkbox"/> 18.其他
	高度近視: 目前左右眼任一眼有沒有近視大於 5000 度? <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 不知道
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡: <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 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"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 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

過去三個月生活型態	※ 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 分鐘中有幾天? <input type="checkbox"/> ①1 天 <input type="checkbox"/> ②2 天 <input type="checkbox"/> ③3 天 <input type="checkbox"/> ④4 天 <input type="checkbox"/> ⑤5 天 <input type="checkbox"/> ⑥6 天 <input type="checkbox"/> ⑦7 天 4. 過去一個月內, 你吸菸/煙(包括傳統菸品、電子菸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。 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"/> 2 杯以上 <input type="checkbox"/> 1 杯 <input type="checkbox"/> 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 1 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)每日除了上課及做功課之外, 你累計網路使用的時間? <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
-----------	---	--

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, 是否需要學校協助 <input type="checkbox"/> 0. 否 <input type="checkbox"/> 1. 是

1. 入學健康檢查除了一這規範執行外, 其主要的目的是為了關心您入學後, 在學期間的健康能持續受到關懷與重視: 請詳細填寫「健康基本資料」並作為學校健康促進規劃的參考。

2. 衛生保健組在尊重個人隱私權的前提下, 將體檢結果一教學、輔導、醫療之需要送請相關單位協助追蹤輔導與關懷。

3. 個人資料與保護政策聲明: 在尊重個人隱私的前提下, 將體檢結果做為教育部健康政策評估之參考。 同意 簽名 _____ (健檢報告請依公告自行下載報告, 未滿 18 歲者另寄一份) 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

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：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： <input type="checkbox"/> 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							
胸部		<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 <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 <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	
尿液檢查		尿蛋白 (+)(-)				血脂肪		總膽固醇 (mg/dl)			
		尿糖 (+)(-)						三酸甘油脂 (mg/dl)			
		潛血 (+)(-)						高密度膽固醇 (mg/dl)			
		酸鹼值						低密度膽固醇 (mg/dl)			
血液常規檢查		血色素 (g/dl)				腎功能檢查		肌酸酐 (mg/dl)			
		白血球 (10 ³ /μL)						尿酸 (mg/dl)			
		紅血球 (10 ⁶ /μL)						血尿素氮 (mg/dl)※			
		血小板 (10 ³ /μL)				肝功能檢查		SGOT(ALT) (U/L)			
		平均血球容積 MCV (fl)						SGPT(ALT) (U/L)			
		血球容積比 Hct (%)※				血清		HBsAg △			
其他		血糖 (mg/dl)				免疫學		Anti-HBs △			
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"/> 肺結節 <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：			
總評建議		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，須接受 <input type="checkbox"/> 其他建議				科醫師診治		承辦檢查醫院簽章			