



# 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
	戶籍地址					身分證字號
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右:				學生本人行動電話
	E-mail					相片黏貼處
	緊急聯絡人、	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	
監護人或 附近親友				行動電話		

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 500 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"/> a 2 杯以上 <input type="checkbox"/> b 1 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需要之外，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"/> 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	
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 \_\_\_\_\_ 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		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	
			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 (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 <sup>3</sup> /μL)					尿酸 (mg/dl)			
	紅血球 (10 <sup>6</sup> /μL)					血尿素氮 (mg/dl) ※			
	血小板 (10 <sup>3</sup> /μL)				肝功能 檢查	SGOT(AST) (U/L)			
	平均血球容積 MCV (fl)					SGPT(ALT) (U/L)			
	血球容積比 Hct (%) ※				血清 免疫學	HBsAg △			
其他	血糖 (mg/dl)					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(水腫) <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管炎 <input type="checkbox"/> 肺部浸潤 <input type="checkbox"/> 單發性肺結節 <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		