

實踐大學 學生健康資料卡

		外國國籍 國家名稱			學號		
入學日期	年 月	就讀系所、班 (組)別			姓名		
出生日期 (西元年)	年 月 日	生理性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血型	身分證 字號		
戶籍地址					學生本人行動電話		
現居地址 (非宿舍)		<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	室內聯絡電話	行動電話	學生本人 Email	
健康 基本 資料	個人病史：請勾選或填寫本人曾患過之疾病						
	<input type="checkbox"/> 1.無(未曾罹患下述各項疾病)		<input type="checkbox"/> 7.癲癇		<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____		
	<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.(先天)心臟病		<input type="checkbox"/> 9.血友病		<input type="checkbox"/> 15.海洋性(地中海型)貧血： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度		
	<input type="checkbox"/> 4.(慢性)肝炎		<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症		<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____		
<input type="checkbox"/> 5.(成人)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：_____			
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							
領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，證明卡類別為：_____							
領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，身心障礙類別為：_____							
身心障礙等級為： <input type="checkbox"/> 1.輕度 <input type="checkbox"/> 2.中度 <input type="checkbox"/> 3.重度 <input type="checkbox"/> 4.極重度							
特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.詳如病歷摘要 <input type="checkbox"/> 2.說明如下：							
若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，可提供就診病歷摘要(含疾病現況及應注意事項)，做為照護參考。							
家族病史：家族中是否有親屬罹患上述或重大遺傳性疾病，請敘述：							
<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，患有重大遺傳性疾病之親屬稱謂：_____，疾病名稱：_____ <input type="checkbox"/> 2.不知道							
生活 型態	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(1-6 天擇一填寫) <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，您進行中等強度以上(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"/> 0 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，您吸菸/煙(包括傳統菸品、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電子菸 <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電子菸 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ④已戒除						
	5. 過去一個月內，您喝酒情形：(1 杯定義：啤酒 330ml、葡萄酒 120ml、烈酒 45ml) <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						
	6. 過去一個月內，您嚼檳榔情形： <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，您多久排便一次： <input type="checkbox"/> ①每天至少 1 次 <input type="checkbox"/> ②2 天 <input type="checkbox"/> ③3 天 <input type="checkbox"/> ④4 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，您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"/> ③4 小時含以上，_____小時(4-24 小時擇一填寫)						
	11. 您通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> 0 次 <input type="checkbox"/> ①1 次 <input type="checkbox"/> ②2 次 <input type="checkbox"/> ③3 次以上						
	12. 在沒有牙痛或其它口腔不舒服的情況下，您多久會做一次口腔健康檢查？ <input type="checkbox"/> ①每半年 1 次 <input type="checkbox"/> ②每年 1 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	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						
目前有那些健康問題？ <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							

健康檢查記錄表

以下由醫療院所填寫，若無檢查醫事人員及醫院簽章，視同無效；
可直接檢附完整報告，需含本表各項檢查項目。

全身檢查項目	檢查日期： 年 月 日				檢查醫事人員簽章			
體格檢查	身高： 公分	體重： 公斤	* 腰圍： 公分					
	血壓： mmHg	脈搏： 次/分	身體質量指數 BMI：					
視力檢查	裸視：左眼 _____ 右眼 _____		矯正：左眼 _____ 右眼 _____					
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 辨色力異常△ <input type="checkbox"/> 其他異常： _____						
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 聽力異常： <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如耳膜破損△ <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大△ <input type="checkbox"/> 盯聾栓塞△ <input type="checkbox"/> 其他 _____						
頭頸部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他異常 _____						
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"/> 其他異常 _____						
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他異常 _____						
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"/> 其他異常 _____						
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"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 其他異常 _____						
口腔檢查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他 _____						
實驗室檢查		初查結果	檢查結果		初查結果			
			異常註記	追蹤	異常註記			
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)				血脂肪	總膽固醇 T-chol (mg/dL)		
	尿糖 (+)(-)				腎功能檢查	肌酸酐 Cr * (mg/dL)		
	潛血 (+)(-)					尿酸 Uric acid (mg/dL)		
	酸鹼值 PH				肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺 SGOT(AST) (U/L)		
血液常規檢查	血色素 Hb (g/dl)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT(ALT) (U/L)		
	白血球 WBC (10 ³ /uL)				血清免疫學	B 型肝炎表面抗原 HBsAg (有反應)(無反應)△		
	紅血球 RBC (10 ⁶ /uL)					B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs(有反應)(無反應)△		
	血小板 PLT (10 ³ /uL)							
	平均血球容積 MCV (fl)							
胸部 X 光檢查	檢查日期： _____				複查矯治、日期及備註			
	<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 _____						
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			
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異常，(1)體育課需注意： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (2)須接受 _____ 科醫師診治 * 其他建議： _____				承辦檢查醫院簽章			
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							