

實踐大學		學生健康資料卡										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				照片		
	現居地址 (非宿舍)	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：								學生本人 E-mail						
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								
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"/> 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. 海洋性貧血 (<input type="checkbox"/> 輕型 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 重型)							
	<input type="checkbox"/> 4. (慢性)肝炎				<input type="checkbox"/> 10. 蠱豆症				<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"/> 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"/> 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"/> 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	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：（有時吃 1-6 天擇一） <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？_____天（0-7 天擇一）															
	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"/> 傳統菸品 <input type="checkbox"/> 電子煙 <input type="checkbox"/> 加熱式菸品等） <input type="checkbox"/> ③每天吸菸（可複選： <input type="checkbox"/> 傳統菸品 <input type="checkbox"/> 電子煙 <input type="checkbox"/> 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；1 杯的定義為啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml） <input type="checkbox"/> ④已戒除。															
	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"/> ③4 小時含以上，____小時（4-24 小時擇一）															
	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（含停經或閉經） <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？ <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，請敘述： 是否需學校協助： <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，請敘述：															

備註：1.請詳實填答，不可缺填。2.請使用藍色或黑色原子筆填寫，不可以使用鉛筆或消失筆，字跡力求清晰。

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。可直接附報告，免填；請注意！實驗室檢查項目需附檢驗參考值。

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			
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_____							
辨 色 力		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ <input type="checkbox"/> 左、 <input type="checkbox"/> 右）							
聽 力 檢 查		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ <input type="checkbox"/> 左、 <input type="checkbox"/> 右）							
眼		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 其他：_____					
耳 鼻 喉		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大△ <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：_____					
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：_____					
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 (+)(-)				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	麩胺酸草醋酸轉胺酶 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 /μL)				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 /μL)					B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs (有反應)(無反應)△			
	血小板 Plt (10 ³ /μL)								
	平均血球容積 MCV(fl)								
胸部 X 光檢查	檢查結果	<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				複查矯治、日期及備註：			
	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<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								承辦檢查醫療院所 簽章
	<input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治								
	<input type="checkbox"/> 其他建議：								
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								