

# 國立臺東專科學校學生健康資料卡

☐二專 ☐五專 ☐進修部

學號

學生基本資料	入學日期	年 月	就讀科別		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																
	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)	行動電話(★必填)	學生本人行動電話(★必填)											
						學生本人 E-mail											

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"/> 6.腎臟病	<input type="checkbox"/> 11.關節炎
<input type="checkbox"/> 2.肺結核	<input type="checkbox"/> 7.癲癇	<input type="checkbox"/> 12.糖尿病
<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"/> 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：

☐16.重大手術名稱：\_\_\_\_\_

☐17.過敏物質名稱：\_\_\_\_\_

☐18.其他：\_\_\_\_\_

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

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，罹有重大遺傳性疾病，家屬稱謂\_\_\_\_\_疾病名稱 \_\_\_\_\_， ☐2.不知道

生活型態

※ 請勾選最合適的選項：

- 過去 7 天內（不含假日），睡眠習慣：☐①每日睡足 7 小時 ☐②不足 7 小時 ☐③時常失眠
- 過去 7 天內（不含假日），早餐習慣：☐①都不吃 ☐②有時吃，吃\_\_\_\_\_天 ☐③每天吃，(9 點前吃：☐是 ☐否；9 點後吃：☐是 ☐否)
- 過去 7 天內你進行中等強度以上(活動時仍可交談，但是無法唱歌)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？☐①0 天 ☐②1 天 ☐③2 天 ☐④3 天 ☐⑤4 天 ☐⑥5 天 ☐⑦6 天 ☐⑧7 天
- 過去一個月內，你吸菸/煙(包括傳統菸品、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形：  
☐①不吸菸  
☐②有時吸菸(可複選：☐a 傳統菸、 ☐b 電子煙、 ☐c 加熱式菸品等  
☐③每天吸菸(可複選：☐a 傳統菸、 ☐b 電子煙、 ☐c 加熱式菸品等  
☐④已戒除
- 過去一個月內，喝酒情形：☐①不喝酒 ☐②有時喝酒 ☐③每天喝酒，(☐a 2 杯以上、☐b 1 杯、☐c 不到 1 杯)  
☐④已戒除勾選「每天喝酒」者，需進一步選擇每天喝酒杯數，1 杯定義為啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml
- 過去一個月內，你嚼檳榔情形？☐①不嚼檳榔 ☐②有時嚼檳榔 ☐③每天嚼檳榔 ☐④已戒除
- 常覺得憂鬱嗎？☐①沒有 ☐②有時 ☐③時常
- 常覺得焦慮嗎？☐①沒有 ☐②有時 ☐③時常
- 過去 7 天內，你多久排便一次？☐①每天至少一次 ☐②兩天 ☐③三天 ☐④四天
- 過去 7 天內(不含假日)每日除了上課及做功課需要之外，你累積網路使用的時間？☐①不到 2 小時 ☐②約 2-4 小時  
☐③約 4 小時以上，\_\_\_\_\_小時
- 你通常一天刷牙幾次？ ☐①0 次 ☐②1 次 ☐③2 次 ☐④3 次以上
- 在沒有牙痛及其他口腔不舒服的情況下，你多久會做一次口腔健康檢查？☐①每半年一次 ☐②每年一次 ☐③一年以上 ☐④從來沒有
- 月經情況(女生回答):有無經痛現象？☐①沒有 ☐②輕微 ☐③嚴重 ☐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？☐①非常好 ☐②好 ☐③一般 ☐④不好 ☐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？☐①非常好 ☐②好 ☐③一般 ☐④不好 ☐⑤非常不好

※ 目前有哪些健康問題？請敘述 ☐0.無 ☐1.有，是否需學校協助：☐0.否 ☐1.是

備註

1.有關個人資料保護政策，請參閱本校網頁-行政單位-學生事務處-衛保組-入學健康檢查，如有任何疑問請洽衛保組。

2.依據學校衛生法，本校為建立學生健康管理制，針對健康檢查結果，將進行特殊健康問題學生追蹤輔導管理，為應教學、輔導、醫療之需要，轉介給導師及特定業務相關人員，輔導期間自新生入學到畢業。

# 健康檢查紀錄表

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			
體格檢查	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	<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"/> 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"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他_____							
	<input type="checkbox"/> 未檢查								
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					承辦檢查醫院簽章			
	<input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治								
	★其他建議：_____								
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 (+)(-)					高密度脂蛋白膽固醇 HDL-C※			
	潛血 (+)(-)					低密度脂蛋白膽固醇 LDL-C※			
	酸鹼值					三酸甘油脂※			
血液常規檢查	血色素 (g/dl)				肝功能檢查	SGOT(AST) (U/L)			
	白血球 (10 <sup>3</sup> /μL)					SGPT(ALT) (U/L)			
	紅血球 (10 <sup>6</sup> /μL)				血糖	空腹血糖(Ac glucose)※			
	血小板 (10 <sup>3</sup> /μL)					血清免疫學	B 型肝炎表面抗原△		
	平均血球容積 MCV(fl)				B 型肝炎表面抗體△				
	血球容積比 Hct(%)※				C 型肝炎抗體 (Anti-HCV) ※				
腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)				其他※				
	尿酸 (mg/dl)								
	血尿素氮 (mg/dl)※								
胸部 X 光檢查	檢查日期	檢查結果					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			
健康管理綜合紀錄	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案摘要紀錄								