

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"/> 16.重大手術名稱：_____							
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核			<input type="checkbox"/> 7.癲癇			<input type="checkbox"/> 12.糖尿病			<input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____							
	<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"/> 18.其他：_____							
	<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：_____										
	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，類別：_____																	
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"/> 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.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： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，罹有重大遺傳性疾病，家屬稱謂 _____ 疾病名稱 _____， <input type="checkbox"/> 2.不知道																	

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"/> ①有時吃， _____ 天 <input type="checkbox"/> ②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，但是無法唱歌)的運動、健身、交通和休閒性身體活動，累計 10 分鐘有幾天？ <input type="checkbox"/> ①0 天 <input type="checkbox"/> ①1 天 <input type="checkbox"/> ②3 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已戒除 <input type="checkbox"/> ③有時吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c 加熱式菸品等 <input type="checkbox"/> ④每天吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c 加熱式菸品等																
	5. 過去一個月內，喝酒情形： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②時常喝酒 <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，需進一步選擇每天喝酒杯數，1 杯定義為啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml																
	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時常嚼檳榔 <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"/> ①有時 <input type="checkbox"/> ②時常																
	8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ①有時 <input type="checkbox"/> ②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																
	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"/> 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"/> ①1 次 <input type="checkbox"/> ②2 次 <input type="checkbox"/> ③3 次																
	12. 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？ <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/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																
※ 目前有哪些健康問題？ <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																	

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。 3.健檢結果如有異常者，請儘速就醫治療，若患有傳染病如肺結核等疾病，應於治療病情控制後始得就學。																
----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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		<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： <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"/> 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 ($10^3/\mu\text{L}$)					SGPT(ALT) (U/L)			
	紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$)				血糖	空腹血糖(Ac glucose)※			
	血小板 ($10^3/\mu\text{L}$)					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：_____						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								