

# 大仁科技大學

# 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 |  |  |  |  |  |  |  |
|          | 現居地址  | <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右： |            |       |       |   | 相片黏貼處    |  |  |  |  |  |  |  |
|          | 緊急聯絡人 | 關係   | 姓名         | 電話(家) | 電話(公) | 行動電話  |          |  |  |  |  |  |  |  |
| 監護人或附近親友 |       |  |            |       |       |   |          |  |  |  |  |  |  |  |

|   |                                 |  |   |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------|--|---|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| 健康基本資料  | 個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病                |  |   |  |  |  | 特殊疾病現況或應注意事項                    |  |  |  |  |  |
|   | <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"/> 詳如病歷摘要 |  |  |  |  |  |
|   | <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.心臟病  | <input type="checkbox"/> 9.血友病           | <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____   |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> 4.肝炎   | <input type="checkbox"/> 10.蠶豆症          | <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 5.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：_____     |   |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別 _____   |                                 |  |   |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別 _____ 等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度 |                                 |  |   |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |
| 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：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 _____，疾病名稱 _____   |                                 |  |   |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 生活型態  | ※ 請勾選最合適的選項：  |  |  |  |  |  | 7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 |  |  |  |  |  |
|   | 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 |  |  |  |  |  | 8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常    |  |  |  |  |  |
| 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，幾點吃？_____點  |   |  |  |  |  | 9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常  |  |  |  |  |  |  |
| 3. 過去一個月內(不含假日及寒暑假)，若以每週至少運動3次，每次至少30分鐘為基準，心跳達每分鐘130下，您做到了嗎？ <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有   |   |  |  |  |  | 10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常   |  |  |  |  |  |  |
| 4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②時常吸菸 <input type="checkbox"/> ③每天吸菸，_____支/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除                                    |   |  |  |  |  | 11. 月經情況(女生回答)<br>(1) 初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，初經年齡：_____歲   |  |  |  |  |  |  |
| 5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②時常喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒，_____杯/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除<br>(1杯的定義：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml) |   |  |  |  |  | (2) 月經週期？ <input type="checkbox"/> ①≤20天 <input type="checkbox"/> ②21-40天 <input type="checkbox"/> ③≥41天 <input type="checkbox"/> ④不規律(差異7天以上)   |  |  |  |  |  |  |
| 6. 過去一個月內，嚼檳榔： <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，_____粒/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除                                  |   |  |  |  |  | (3) 有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重   |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  | 12. 排便習慣：過去7天內，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   |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  | 13. 網路使用習慣：過去7天內(不含假日)每日除了上課及作功課需要之外，累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/> ①每天少於1小時 <input type="checkbox"/> ②每天約1-2小時 <input type="checkbox"/> ③每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> ④每天約4-5小時 <input type="checkbox"/> ⑤每天約5小時或以上 |  |  |  |  |  |  |

|        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤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極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤不好 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | ※ 目前有哪些健康問題？請敘述：   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

檢查日期 \_\_\_\_\_

# 健康檢查紀錄表

(由健檢單位填寫)

|                              |  |  |       |    |   |  |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
|------------------------------|--|--|-------|----|---|--|---------|----|----|-----------|------------|----|----|-----------|----|-------|--|
| 檢查項目                         |  | 血壓：<br>/ mmHg  |       |    |   | 脈搏：<br>次/分   |         |    |    | 腰圍：<br>cm |            |    |    |           |    |       |  |
| 體格檢查                         | 體格   | 身高：<br>cm  |       |    |   | 體重：<br>kg  |         |    |    | BMI/評值：   |            |    |    |           |    |       |  |
|                              | 視力檢查   | 裸視：(右) (左) / 矯正：(右) (左)                                      |       |    |   |  |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
|                              | 聽力   | <input type="checkbox"/> 無異常                                 |       |    |   |  |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
| 內外科檢查                        | 眼  | <input type="checkbox"/> 無異常                                 |       |    |   | <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他 _____   |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
|                              | 耳鼻喉  | <input type="checkbox"/> 無異常                                 |       |    |   | <input type="checkbox"/> 聽力異常 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)<br><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"/> 無異常                                 |       |    |   | <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他 _____  |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
|                              | 脊柱四肢   | <input type="checkbox"/> 無異常                                 |       |    |   | <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 (蹲距困難) <input type="checkbox"/> 其他 _____  |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
|                              | 皮膚   | <input type="checkbox"/> 無異常                                 |       |    |   | <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 _____  |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
|                              | 泌尿生殖   | <input type="checkbox"/> 無異常<br><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 _____  |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
| 口腔                           | <input type="checkbox"/> 無異常                 |  |       |    | <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正<br><input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他 _____ |  |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
| 牙科檢查                         | 右 <span style="margin-left: 100px;">左</span> |  |       |    |   |  |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
|                              |  |  |       |    |   |  |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
|                              | 18   | 17   | 16    | 15 | 14  | 13   | 12      | 11 | 21 | 22        | 23         | 24 | 25 | 26        | 27 | 28    |  |
|                              | 48   | 47   | 46    | 45 | 44  | 43   | 42      | 41 | 31 | 32        | 33         | 34 | 35 | 36        | 37 | 38    |  |
| C=齲齒 / =待拔牙 X=缺牙 △=已矯治 ϕ=阻生牙 |  |  |       |    |   |  |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
| 牙醫師簽章：                       |  |  |       |    |   |  |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
| 尿液檢查                         | 尿糖   |  | 尿蛋白   |    | 酸鹼值   |  | 尿潛血     |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
| 血液常規檢查                       | 白血球  |  | 紅血球   |    | 血色素   |  | HCT     |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
|                              | MCV  |  | MCH   |    | MCHC  |  | 血小板     |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
|                              | LYMPHO%                                      |  | MIX%  |    | NEUT%   |  | RDW     |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
|                              | LYMPHO#                                      |  | MXD#  |    | NEUT#   |  | PDW     |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
|                              | MPV  |  | P-LCR |    |   |  |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
| 血脂肪/肝功能                      | 總膽固醇   |  | TG    |    | GOT   |  | GPT     |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
| B型肝炎                         | HBsAg  |  | HBsAb |    | HBeAg   |  | 承辦檢查醫院： |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
| 腎功能                          | 尿素氮  |  | 肌酸酐   |    | 尿酸  |  |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
| 血糖/心臟功能                      | 飯前血糖   |  | 飯後血糖  |    | LDH   |  |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
| 建議及注意事項                      |  |  |       |    |   |  |         |    |    |           |            |    |    |           |    | 醫師簽章： |  |
| 胸部 X 光                       | 編號： _____ 檢查結果：                              |  |       |    |   |  |         |    |    |           |            |    |    |           |    |       |  |
| 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                     |  |  |       |    |   |  |         |    |    |           | 複查矯治、日期及備註 |    |    |           |    |       |  |