

大仁科技大學

學生健康資料卡

學號

姓名

學生基本資料	入學日期	年 月	就讀系所、班(組)別																		
	出生日期	年 月 日	血型		性別	☐ 男 ☐ 女	身分證字號														
	戶籍地址											學生本人行動電話									
	現居地址	☐ 同上 ☐ 如右：																			
緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話										相片黏貼處						
	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					
	☐ 1.無 ☐ 7.癲癇 ☐ 13.心理或精神疾病：_____															☐ 詳如病歷摘要					
	☐ 2.肺結核 ☐ 8.紅斑性狼瘡 ☐ 14.癌症：_____																				
	☐ 3.心臟病 ☐ 9.血友病 ☐ 15.海洋性貧血：_____																				
生活型態	☐ 4.肝炎 ☐ 10.蠶豆症 ☐ 16.重大手術名稱：_____																				
	☐ 5.氣喘 ☐ 11.關節炎 ☐ 17.過敏物質名稱：_____																				
	☐ 6.腎臟病 ☐ 12.糖尿病 ☐ 18.其他：_____																				
	☐ 領有重大傷病證明卡，類別_____																				
自我健康評估	☐ 領有身心障礙手冊，類別_____ 等級： ☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 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_____																				
	※ 請勾選最合適的選項：																				
生活型態	1. 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															7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ ☐ ①沒有 ☐ ②很少 ☐ ③時常					
	2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣： ☐ ①都不吃 ☐ ②有時吃，_____天 ☐ ③每天吃，幾點吃？_____點															8. 常覺得胸悶嗎？ ☐ ①沒有 ☐ ②很少 ☐ 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？ ☐ ①有 ☐ ②沒有															9. 常覺得胃痛嗎？ ☐ ①沒有 ☐ ②很少 ☐ ③時常					
	4. 過去一個月內，吸菸行為： ☐ ①不吸菸 ☐ ②時常吸菸 ☐ ③每天吸菸，_____支/天 ☐ ④已戒除															10. 常覺得頭痛嗎？ ☐ ①沒有 ☐ ②很少 ☐ ③時常					
生活型態	5. 過去一個月內，喝酒行為： ☐ ①不喝酒 ☐ ②時常喝酒 ☐ ③每天喝酒，_____杯/天 ☐ ④已戒除 (1杯的定義：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml)															11. 月經情況(女生回答) (1) 初次月經 ☐ ①無 ☐ ②有，初經年齡：_____歲 (2) 月經週期？ ☐ ①≤20天 ☐ ②21-40天 ☐ ③≥41天 ☐ ④不規律(差異7天以上) (3) 有無經痛現象？ ☐ ①沒有 ☐ ②輕微 ☐ ③嚴重					
	6. 過去一個月內，嚼檳榔： ☐ ①不嚼檳榔 ☐ ②時常嚼檳榔 ☐ ③每天嚼檳榔，_____粒/天 ☐ ④已戒除															12. 排便習慣：過去7天內，多久排便一次？ ☐ ①每天至少一次 ☐ ②兩天 ☐ ③三天 ☐ 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？ ☐ ①每天少於1小時 ☐ ②每天約1-2小時 ☐ ③每天約2-4小時 ☐ ④每天約4-5小時 ☐ 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？ ☐ ①極好的 ☐ ②很好 ☐ ③好 ☐ ④普通 ☐ 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？ ☐ ①極好的 ☐ ②很好 ☐ ③好 ☐ ④普通 ☐ ⑤不好																				
自我健康評估	※ 目前有哪些健康問題？請敘述：																				