**國立澎湖科技大學學生健康資料卡**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **學號：** | | | | **本頁由學生詳實填寫**  建卡日期　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **身份證字號** | | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | **血型** |  | **相　片　粘　貼　處** | |
| **姓名：** | | | |
| □**男 □女** | | | **出 生 日 期** | | | | | | | **年 月 日** | | | | | | |
| **科別系所** | |  | | | | | | | | **婚姻 □已婚 □未婚 □離婚** | | | | | | | | | | |
| **永久地址** | |  | | | | | | | | **電話** | | | | **( )** | | | | | | |
| **聯絡地址** | |  | | | | | | | | **手機** | | | |  | | | | | | |
| **緊急聯絡人** | | **姓名** |  | | **關係** |  | | | | **電話** | | | | **( )** | | | | | | |
| **手機** | | | |  | | | | | | |
| **疾**  **病**  **史** | **※**以下資料請詳實填寫、打勾，並說明曾患何種疾病？使學校相關單位可在緊急事故發生時，爭取時效，保護您的安全與健康。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.肺結核（□過去□現在 治療情形： ）  2.心臟病（□過去□現在） 3.肝炎 （□過去□現在）  4.氣喘 （□過去□現在） 5.腎臟病（□過去□現在）  6.癌症 （□過去□現在） 7.癲癇 （□過去□現在）  8.紅斑性狼瘡（□過去□現在）9.血友病（□過去□現在  10. 海洋性貧血 □ 11.關節炎（□過去□現在）  12. 糖尿病（□過去□現在）13.蠶豆症□  14. 精神疾病（□過去□現在 治療情形：□有□無）  15. 重大手術 是🞎 否🞎 名稱：  16. 藥物過敏 是🞎 否🞎 名稱：  17. 食物過敏 是🞎 否🞎 名稱：  18. 特殊家族病史 是🞎 否🞎 名稱：  19. 其他重大疾病（請說明）  20. □無以上疾病史 | | | | | | | | | | | | | | **家庭成員健康狀況** | | | | | | | |
| 稱謂 | | 良好 | | 不良(健康問題？) | | | 歿(原因？) |
| 父 | |  | |  | | |  |
| 母 | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
| **※備註**  1.本校學生健康資料卡之保管與處理，依據「本校學生健康檢查實施辦法」辦理。  2.必要時須配合政府機關需求提供本健康資料卡內容以供建立學生健康檔案資料庫之使用。  □同意□不同意  3若您滿20歲是否同意將此份報告通知家長(緊急聯絡人) □同意□不同意  請簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **過去一年生活回顧** | * 請勾選最合適的選項:  1. 過去7天內（不含假日），睡眠習慣:□➀每日睡足7小時□➁不足7小時□➂時常失眠 2. 過去7天內（不含假日），早餐習慣: □➀都不吃□➁有時吃， 天□➂每天吃， 點吃 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：□➀有□➁沒有 4. 過去一個月內，吸菸行為: □➀不吸菸□➁時常吸菸□➂每天吸菸， 支/天□④已戒除 5. 過去一個月內，喝酒行為: □➀不喝酒□➁時常喝酒□➂每天喝酒， 杯/天□④已戒除   （1杯的定義：啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml）   1. 過去一個月內，嚼檳榔：□➀不嚼□➁時常□➂每天， 粒/天□④已戒除 2. 常覺得焦慮、憂鬱？□➀沒有□➁很少□➂時常 3. 常覺得胸悶嗎？□➀沒有□➁很少□➂時常 | | | | | | | | | | 1. 常覺得胃痛嗎？□➀沒有□➁很少□➂時常   常覺得頭痛嗎？□➀沒有□➁很少□➂時常   1. 月經情況（女生回答） 2. 初次月經□➀無□➁有，初經年齡： 歲 3. 月經週期？□➀≦20天□21-40天□➂≧41天□④不規律（差異7天以上） 4. 有無經痛現象？□➀沒有□➁輕微□➂嚴重 5. 排便習慣：過去7天內，多久排便一次？ □➀每天至少一次□➁兩天□➂三天□④四天以上 6. 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？□➀每天少於1小時□➁每天約1-2小時□➂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 7. 我每天至少吃三份(約一碗半)以上的蔬菜🞎很少或沒有　　🞎偶而🞎時常 8. 我每天至少吃兩份(約兩碗的量)的水果🞎很少或沒有　　🞎偶而🞎時常 9. 我每天喝1500cc以上的開水🞎很少或沒有🞎偶而🞎時常 10. 熬夜習慣：🞎凌晨1AM前睡 🞎超過凌晨1AM睡 | | | | | | | | | | | |
| **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？□➀極好的□➁很好□➂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？□➀極好的□➁很好□➂好□④普通□⑤不好 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※目前有那些健康問題？請敘述：（上述病史，若目前仍是健康問題，請務必詳述於此欄） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.**經濟身份：□低收入戶 □殘障補助：□本人 □家長（□輕□中□重） □原住民 □其它  **2.**是否參加全民健保？ □是 □否 **3.**醫療保險（可複選）：□無 □學生團體保險 □僑保 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**健 康 檢 查 記 錄 表** (由健檢單位填寫)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查項目 | | | 檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | □無明顯異常 | | | | | □辨色力異常 □斜視 □睫毛倒插 □眼球震顫 □眼瞼下垂 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻喉 | | □無明顯  異常 | | | | | 聽力異常：□左 □右  □疑似中耳炎，如：耳膜破損 □耳道畸型 □扁桃腺腫大 □耵聹栓塞 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 頭頸 | | □無明顯  異常 | | | | | □斜頸□異常腫塊  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | 脊柱四肢 | | | | □無明顯  異常 | | | | □脊柱側彎□肢體畸形  □青蛙肢（蹲距困難  □其他 | | | | | |
| 胸部 | | □無明顯異常 | | | | | □心肺疾病□胸廓異常  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | 泌尿生殖 | | | | □無明顯異常  □未檢查 | | | | □包皮異常□精索靜脈曲張 □其他 | | | | | |
| 腹部 | | □無明顯異常 | | | | | □異常腫大  □其他異常\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | 口腔 | | | | □無明顯異常 | | | | □口腔衛生不良□牙結石□牙齦炎□牙周炎  □齒列咬合不正  □口腔黏膜異常□殘留乳牙 □其他 | | | | | |
| 肌肉骨關節 | | □無明顯異常 | | | | | □異常\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | 皮膚 | | | | □無明顯異常 | | | | □異常\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 呼吸系統 | | □無明顯異常 | | | | | □異常\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | 精神狀態 | | | | □無明顯異常 | | | | □異常\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 牙齒位置圖 | | 檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 🛆-已矯治 ψ-阻生牙 Sp.-贅生牙 □牙周病 □牙結石 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |  |  | |  |  |  | |  |  | | | 左上  左下 |
| 右上 | | 18 | | | 17 | 16 | | 15 | | 14 | 13 | 12 | 11 | | 21 | | | 22 | 23 | | 24 | 25 | 26 | | 27 | 28 | | |
| 右下 | | 48 | | | 47 | 46 | | 45 | | 44 | 43 | 42 | 41 | | 31 | | | 32 | 33 | | 34 | 35 | 36 | | 37 | 38 | | |
|  | |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |  |  | |  |  |  | |  |  | | |
| 實驗室檢查項目 | | | | | | | | | | | | | | 實驗室檢查項目 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 尿液  檢查 | 尿蛋白 （＋）（－） | | | | | | | |  | | | | | 血脂肪 | | | 總膽固醇 （mg/dl） | | | | | | | | | |  | | |
| 三酸甘油脂 （mg/dl） | | | | | | | | | |  | | |
| 尿糖 （＋）（－） | | | | | | | |  | | | | | 腎功能  檢查 | | | 肌酸酐 （mg/dl） | | | | | | | | | |  | | |
| 潛血 （＋）（－） | | | | | | | |  | | | | | 尿酸 （mg/dl） | | | | | | | | | |  | | |
| 酸鹼值 | | | | | | | |  | | | | | 血尿素氮（mg/dl）※ | | | | | | | | | |  | | |
| 血液  常規  檢查 | 血色素 （g/dl） | | | | | | | |  | | | | | 肝功能  檢查 | | | SGOT （U/L） | | | | | | | | | |  | | |
| 白血球 （103/μL） | | | | | | | |  | | | | | SGPT （U/L） | | | | | | | | | |  | | |
| 紅血球 （106/μL） | | | | | | | |  | | | | | 血清  免疫學 | | | B型肝炎表面抗原: | | | | | | | | | |  | | |
| 血小板 （103/μL） | | | | | | | |  | | | | | B型肝炎表面抗體: | | | | | | | | | |  | | |
| 平均血球容積 MCV（fl） | | | | | | | |  | | | | | HbeAg: | | | | | | | | | |  | | |
| 血球容積比 Hct（﹪） | | | | | | | |  | | | | | C型肝炎: | | | | | | | | | |  | | |
| 胸部X光檢查 | 檢查日期 | | | 檢查結果：□無明顯異常 □疑似肺結核病徵 □肺結核鈣化 □胸廓異常  □肋膜腔積水 □脊柱側彎 □心臟肥大 □支氣管擴張 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 複查矯治、日期及備註： | | |
| 醫師  總評  建議 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 醫師簽章 |  | |
| 矯治追蹤  特殊紀載 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |