

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	相片 粘 貼 處
姓名：	身份證字號									血型	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期			年 月 日						
科別系所							婚姻 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚				
永久地址							手機				
聯絡地址							E-mail				
緊急聯絡人	姓名					關係	電話 ()				
							手機				
健康 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：____											
高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於500度？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不知道											
<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_____											
1. 為關照因特殊疾病不適劇烈運動之學生，依行政規定知會相關教師及人員以予協助。 2. 基於公共利益為統計或學術研究之需要，去個人化之體檢資料將提供教育部做統計分析。 已閱讀並同意 學生簽名：											
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： <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"/> ②有時吃，_____天 <input type="checkbox"/> ③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？ <input type="checkbox"/> ①0天 <input type="checkbox"/> ②1天 <input type="checkbox"/> ③2天 <input type="checkbox"/> ④3天 <input type="checkbox"/> ⑤4天 <input type="checkbox"/> ⑥5天 <input type="checkbox"/> ⑦6天 <input type="checkbox"/> ⑧7天										
	4. 過去一個月內，你吸菸/煙（包括傳統紙菸、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傳統菸品、 <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傳統菸品、 <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（1杯的定義：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml）										
	6. 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/> ①不嚼 <input type="checkbox"/> ②時常 <input type="checkbox"/> ③每天，_____粒/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除										
	7. 常覺得憂鬱？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常										
	8. 常覺得焦慮？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③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"/> ④四天以上										
	10. 過去7天內（不含假日）每日除了上課及作功課需要之外，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"/> ②1次 <input type="checkbox"/> ③2次 <input type="checkbox"/> ④3次以上										
	12. 在沒有牙痛或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										
14. 若您吸菸，是否有戒菸意願？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											
平 古 我 健 康	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：（上述病史，若目前仍是健康問題，請務必詳述於此欄） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是										

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	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																			
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耳道畸型 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耳聾堵塞 <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 _____				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"/> 青蛙肢(蹲距困難) <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 _____				泌尿生殖		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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 _____																																																											
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他異常 _____				口腔		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<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 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 殘留乳牙 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																											
肌肉骨關節	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常 _____				皮膚		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 異常 _____																																																											
呼吸系統	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常 _____				精神狀態		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 異常 _____																																																											
牙齒位置圖		檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 Δ-已矯治 ϕ-阻生牙 Sp.-贅生牙 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 牙結石																																																																			
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td>右上</td> <td>18</td> <td>17</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>14</td> <td>13</td> <td>12</td> <td>11</td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>48</td> <td>47</td> <td>46</td> <td>45</td> <td>44</td> <td>43</td> <td>42</td> <td>41</td> <td>31</td> <td>32</td> <td>33</td> <td>34</td> <td>35</td> <td>36</td> <td>37</td> <td>38</td> <td>左下</td> </tr> </table>																																右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上	右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下
右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上																																																				
右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下																																																				
實驗室檢查項目								實驗室檢查項目																																																													
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)		尿糖 (+)(-)		潛血 (+)(-)		酸鹼值		腎功能檢查	總膽固醇 (mg/dl)		三酸甘油酯 (mg/dl)																																																									
										肌酸酐 (mg/dl)		尿酸 (mg/dl)		血尿素氮 (mg/dl) ※																																																							
										SGOT (U/L)		SGPT (U/L)		B型肝炎表面抗原：																																																							
										血清免疫學		B型肝炎表面抗體：		B型肝炎e抗原 HbeAg：																																																							
血液常規檢查	血色素 (g/dl)		白血球 (10 ³ /μL)		紅血球 (10 ⁶ /μL)		血小板 (10 ³ /μL)		平均血球容積 MCV (fl)		血球容積比 Hct (%)																																																										
胸部X光檢查	檢查日期	檢查結果： <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"/> 其他 _____												複查矯治、日期及備註：																																																							
臨時性檢查	檢查名稱		檢查日期		檢察單位		檢查結果		轉介複查追蹤及備註																																																												
醫師總評建議															醫師簽章																																																						
矯治追蹤特殊記載																																																																					