

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
姓名：	身份證字號				血型			
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期			年	月	日	相 片 粘 貼 處
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				

※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。

疾 病 史	<p>1. 肺結核 (<input type="checkbox"/>過去<input type="checkbox"/>現在 治療情形：_____)</p> <p>2. 心臟病 (<input type="checkbox"/>過去<input type="checkbox"/>現在) 3. 肝炎 (<input type="checkbox"/>過去<input type="checkbox"/>現在)</p> <p>4. 氣喘 (<input type="checkbox"/>過去<input type="checkbox"/>現在) 5. 腎臟病 (<input type="checkbox"/>過去<input type="checkbox"/>現在)</p> <p>6. 癌症 (<input type="checkbox"/>過去<input type="checkbox"/>現在) 7. 癲癇 (<input type="checkbox"/>過去<input type="checkbox"/>現在)</p> <p>8. 紅斑性狼瘡 (<input type="checkbox"/>過去<input type="checkbox"/>現在) 9. 血友病 (<input type="checkbox"/>過去<input type="checkbox"/>現在)</p> <p>10. 海洋性貧血 <input type="checkbox"/> 11. 關節炎 (<input type="checkbox"/>過去<input type="checkbox"/>現在)</p> <p>12. 糖尿病 (<input type="checkbox"/>過去<input type="checkbox"/>現在) 13. 蠶豆症 <input type="checkbox"/></p> <p>14. 精神疾病 (<input type="checkbox"/>過去<input type="checkbox"/>現在 治療情形：<input type="checkbox"/>有<input type="checkbox"/>無)</p> <p>15. 重大手術 是<input type="checkbox"/>否<input type="checkbox"/> 名稱：_____</p> <p>16. 藥物過敏 是<input type="checkbox"/>否<input type="checkbox"/> 名稱：_____</p> <p>17. 食物過敏 是<input type="checkbox"/>否<input type="checkbox"/> 名稱：_____</p> <p>18. 特殊家族病史 是<input type="checkbox"/>否<input type="checkbox"/> 名稱：_____</p> <p>19. 其他重大疾病 (請說明) _____</p> <p>20. <input type="checkbox"/>無以上疾病史</p> <p>21. <input type="checkbox"/>領有重大傷病 (含罕見疾病) 證明卡，類別 _____</p> <p>22. <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</p> <p>23. 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</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">家庭成員健康狀況</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">稱謂</th> <th style="width: 15%;">良好</th> <th style="width: 30%;">不良(健康問題?)</th> <th style="width: 40%;">歿(原因?)</th> </tr> <tr> <td>父/母</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>母/父</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>※備註</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意</p> <p>3 若您滿 20 歲是否同意將此份報告通知家長(緊急聯絡人) <input type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意</p> <p style="text-align: right;">請簽名：_____</p>	家庭成員健康狀況				稱謂	良好	不良(健康問題?)	歿(原因?)	父/母				母/父							
	家庭成員健康狀況																					
稱謂	良好	不良(健康問題?)	歿(原因?)																			
父/母																						
母/父																						

過 去 一 年 生 活 回 顧	<p>※請勾選最合適的選項：</p> <p>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</p> <p>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，_____點吃</p> <p>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"/>⑦7 天</p> <p>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)。</p>	<p>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 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml)</p> <p>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</p> <p>7. 常覺得憂鬱？<input type="checkbox"/>①沒有 <input type="checkbox"/>②很少 <input type="checkbox"/>③時常</p> <p>8. 常覺得焦慮？<input type="checkbox"/>①沒有 <input type="checkbox"/>②很少 <input type="checkbox"/>③時常</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>
--------------------------------------	--	---

平 日 自 我 健 康	<p>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</p> <p>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</p> <p>※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)</p> <p><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有，是否需學校協助：<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p>
----------------------------	--

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"/> 未治療齲齒 <input type="checkbox"/> 缺牙(因齲齒拔除) <input type="checkbox"/> 已矯治牙齒 <input type="checkbox"/> 牙齦炎※ <input type="checkbox"/> 牙結石※ <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <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"/> 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 _____
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 _____
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)	
	尿糖 (+)(-)			三酸甘油脂 (mg/dl)	
	潛血 (+)(-)		腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)	
	酸鹼值			尿酸 (mg/dl)	
血液常規檢查	血色素 (g/dl)		肝功能檢查	SGOT (U/L)	
	白血球 ($10^3/\mu\text{L}$)			SGPT (U/L)	
	紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$)		血清免疫學	B型肝炎表面抗原:	
	血小板 ($10^3/\mu\text{L}$)			B型肝炎表面抗體:	
	平均血球容積 MCV (fl)			HbeAg:	
	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"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <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					