

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"/> ① 0 天 <input type="checkbox"/> ② 1 天 <input type="checkbox"/> ③ 2 天 <input type="checkbox"/> ④ 3 天 <input type="checkbox"/> ⑤ 4 天 <input type="checkbox"/> ⑥ 5 天 <input type="checkbox"/> ⑦ 6 天 <input type="checkbox"/> ⑧ 7 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"/> ④傳統菸品、 <input type="checkbox"/> ⑤電子煙、 <input type="checkbox"/> ⑥加熱式菸品等） <input type="checkbox"/> ⑦每天吸菸（可複選： <input type="checkbox"/> ④傳統菸品、 <input type="checkbox"/> ⑤電子煙、 <input type="checkbox"/> ⑥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 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml）										
	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"/> ① 0 次 <input type="checkbox"/> ② 1 次 <input type="checkbox"/> ③ 2 次 <input type="checkbox"/> ④ 3 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	
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					