

國立臺南大學學生健康資料卡

(學生自填)

進食 未進食 生理期 懷孕 疑懷孕 檢查日期： 月 日

學生基本資料	姓名	就讀系所、班(組)別			學號		
	出生日期	年 月 日	血型	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	
	戶籍地址					學生本人行動電話	
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：				相片黏貼處	
	緊急聯絡人、 監護人或 附近親友	關係	姓名	電話(家)	行動電話		職業

健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病 <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 7.癩痢 <input type="checkbox"/> 13.登革熱 <input type="checkbox"/> 2.肺結核 <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 14.心理或精神疾病：_____					特殊疾病現況或應注意事項(請說明如下)：
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 15.癌症：_____					
	<input type="checkbox"/> 4.肝炎 <input type="checkbox"/> 10.蠱豆症 <input type="checkbox"/> 16.海洋性貧血：_____					
	<input type="checkbox"/> 5.氣喘 <input type="checkbox"/> 11.關節炎 <input type="checkbox"/> 17.重大手術名稱：_____					
<input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 <input type="checkbox"/> 18.過敏物質名稱：_____						
<input type="checkbox"/> 19.其他：_____						
領有重大傷病證明卡， <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 有，類別 _____						
領有身心障礙手冊， <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 有，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： <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 _____，疾病名稱 _____						

生活型態	※ 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				7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常			
	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，幾點吃？_____點				8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有				9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常				
4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②時常吸菸 <input type="checkbox"/> ③每天吸菸，_____支/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除				10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常				
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 <small>(1杯的定義：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml)</small>				11. 月經情況(女生回答) (1) 初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，初經年齡：_____歲 (2) 月經週期？ <input type="checkbox"/> ①≤20天 <input type="checkbox"/> ②21-40天 <input type="checkbox"/> ③≥41天 <input type="checkbox"/> ④不規律(差異7天以上) (3) 有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重				
6. 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔，_____粒/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除				12. 排便習慣：過去7天內，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				
				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？ <input type="checkbox"/> ①每天少於1小時 <input type="checkbox"/> ②每天約1-2小時 <input type="checkbox"/> ③每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> ④每天約4-5小時 <input type="checkbox"/> 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？ <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？ <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 有，請敘述：					

理學檢查同意書	貴家長及新生您好：					
	1. 依據教育部函文「學生健康檢查實施辦法」修正條文規定，大專校院新生健康檢查中，胸腹部檢查為應檢查項目，但須經家長或本人同意，如同意者請於下方簽名，如不同意在校內健康檢查時進行此項理學檢查，請學生自行至醫療院所受檢，費用自理，並請將檢查報告繳交學校。謝謝配合。					
	2. 為應教學、輔導、醫療之需要，本份資料 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，給導師及特定業務相關人員查詢。本人(家長)及學生已詳閱並知悉本通知各項說明，並同意在校內配合健康檢查各項內容實施檢查。					
簽名： _____ (未滿20歲者由法定代理人簽同意)						

健康檢查紀錄表 (由健檢單位填寫)

全身檢查項目	檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄 (請✓選)															檢查醫事人員簽章																																																						
身高：_____公分	體重：_____公斤	腰圍_____公分																																																																				
血壓：_____/____mmHg	脈搏：_____次/分	Recheck：血壓：_____/____mmHg	脈搏：_____次/分																																																																			
視力檢查	<input type="checkbox"/> 裸視：左眼_____ 右眼_____			<input type="checkbox"/> 矯正：左眼_____ 右眼_____																																																																		
聽力檢查：	<input type="checkbox"/> 正常 異常 <input type="checkbox"/> 左_____ <input type="checkbox"/> 右_____																																																																					
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常			辨色力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 其他_____																																																																		
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常			<input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <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_____																																																																		
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_____																																																																		
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常			<input type="checkbox"/> 異常腫大 <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_____																																																																		
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_____																																																																		
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"/> 其他_____																																																																		
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																																																																						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td>右</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</td> </tr> <tr> <td>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</td> </tr> </table>																																			右	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左	下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左
右	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左																																																					
下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左																																																					
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：_____															承辦檢查醫院簽章																																																						
實驗室檢查項目		檢查結果		實驗室檢查項目		檢查結果																																																																
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)			血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)																																																																	
	尿糖 (+)(-)				三酸甘油酯 (mg/dl)																																																																	
	潛血 (+)(-)				高密度膽固醇 (mg/dl)																																																																	
	酸鹼值				低密度膽固醇 (mg/dl)																																																																	
血液常規檢查	血色素 (g/dl)			腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)																																																																	
	白血球 (10 ³ /μL)				血尿素氮 (mg/dl)																																																																	
	紅血球 (10 ⁶ /μL)				尿酸 (mg/dl)																																																																	
	血小板 (10 ³ /μL)			肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)																																																																	
	平均血球容積 MCV (fl)				麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)																																																																	
血清免疫學	血球容積比 Hct (%) ※			B 型肝炎表面抗原																																																																		
血糖檢查	飯前或飯後血糖 (mg/dl) (請註記)			B 型肝炎表面抗體																																																																		
胸部 X 光檢查	檢查結果：					複查矯治、日期及備註：																																																																
	因 <input type="checkbox"/> 懷孕，暫無法施行此項檢查，簽名：_____，生產後請補交報告至衛保組					X 光編號																																																																
健康管理綜合紀錄	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄																																																																					

※體檢卡請勿折損，否則無法套印檢查結果