

大專校院校名 正修科技大學 學生健康資料卡 (男生)

學號

進食

學生基本資料	入學日期	年 月	就讀系所、班(組)別			姓名		
	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：						
	緊急聯絡人、 監護人或 附近親友	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	相片黏貼處	

健康基本資料	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.癩癩	<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：_____						
<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_____								

生活型態	※ 請勾選最合適的選項：				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				
	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				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				
	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				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				
	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				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				
	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				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				
	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)				(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)				
	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				(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				
					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？請敘述：								

正修科技大學學生事務處衛生保健組基於「學生健康檢查」之目的，須蒐集您的姓名、身分證、全身檢查項目、疾病史等個人健康檢查資料，以在就學期間內，應教學、輔導、醫療之需要，並依學生健康檢查結果，施予健康指導，並辦理體格缺點矯治或轉介治療，提供給相關任課老師或相關單位追蹤輔導與關懷。各項資料如未完整提供，將無法完成健康檢查作業。

全身檢查項目		檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選）														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※																	
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"/> 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： <input type="checkbox"/> 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_____													
胸腔及外觀		<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"/> 蹲距困難 <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_____													
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 △-已矯治※ ϕ-阻生牙※ Sp.-贅生牙※													
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	
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		初查結果		檢查結果		異常註記		追蹤		實驗室檢查項目		初查結果		檢查結果		異常註記		追蹤	
尿液檢查		尿蛋白 (+) (-)								血脂脂肪		總膽固醇 (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		麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)							
		白血球 (10 ³ /μL)										麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)							
		紅血球 (10 ⁶ /μL)								血清免疫學		B型肝炎表面抗原△							
		血小板 (10 ³ /μL)										B型肝炎表面抗體△							
		平均血球容積 MCV (fl)								其他※									
		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			檢查單位			檢查結果			轉介複查追蹤及備註					
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																	

△：學生健康檢查實施辦法中視需要而辦理之項目

※：學校自選項目