

朝陽科技大學 學生健康資料卡中文版(111 學年度)

										學號												
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											學生本人 E-mail	相片黏貼處 (由各校決定是否蒐集)									
	緊急聯絡人、監護人或附近親友	關係	姓名			電話(家)			電話(公)													
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"/> 6.腎臟病			<input type="checkbox"/> 11.關節炎			<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____												
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核			<input type="checkbox"/> 7.癲癇			<input type="checkbox"/> 12.糖尿病			<input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____												
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病			<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡			<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____			<input type="checkbox"/> 18.其他：_____												
	<input type="checkbox"/> 4.肝炎			<input type="checkbox"/> 9.血友病			<input type="checkbox"/> 14.癌症：_____															
<input type="checkbox"/> 5.氣喘			<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症			<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____																
高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於500度？ <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道																						
領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，類別：_____																						
領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，類別：_____，等級： <input type="checkbox"/> 1.輕度 <input type="checkbox"/> 2.中度 <input type="checkbox"/> 3.重度 <input type="checkbox"/> 4.極重度																						
特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有(請描述)：_____																						
若有上述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"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____， <input type="checkbox"/> 2.不知道																						
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																					
	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，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"/> 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，你喝酒情形？ <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②有時喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒( <input type="checkbox"/> ④2杯以上、 <input type="checkbox"/> ⑤1杯、 <input type="checkbox"/> ⑥不到1杯) <input type="checkbox"/> ⑦已戒除，勾選「每天喝酒」者，需進一步選擇每天喝酒杯數，1杯的定義為啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml。																					
	6. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？ <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ④已戒除																					
	7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常																					
	8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <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																						
自我健康評估	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非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好																					
	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非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好																					
	目前有哪些健康問題？請敘述： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是																					

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：右眼		左眼		矯正視力：右眼		左眼		
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：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"/> 蹲踞困難 <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				
總評建議		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 <input type="checkbox"/> 其他建議：				科醫師診治		
						承辦檢查醫院簽章		
實驗室檢查項目		初查結果		檢查結果		實驗室檢查項目		
		異常註記		追蹤		初查結果		
						異常註記		
						追蹤		
尿液檢查		尿蛋白（+）（-）				血脂肪		
		尿糖（+）（-）				總膽固醇（mg/dL）		
		潛血（+）（-）				腎功能檢查		
		酸鹼值				肌酸酐（mg/dL）		
血液常規檢查		血色素（g/dL）				尿酸（mg/dL）		
		白血球（103/ $\mu$ L）				血尿素氮（mg/dL）※		
		紅血球（106/ $\mu$ L）				肝功能檢查		
		平均血球容（fl）				SGOT（U/L）		
		血球容積比（%）※				SGPT（U/L）		
胸部X光檢查		檢查日期		檢查結果：		複查矯治、日期及備註：		
				<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				
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