

# 朝陽科技大學學生健康資料卡

(教育部修訂版)

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	<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)	電話(公)	行動電話					

  

<p>個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1.無</td> <td><input type="checkbox"/>7.癲癇</td> <td><input type="checkbox"/>13.心理或精神疾病：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2.肺結核</td> <td><input type="checkbox"/>8.紅斑性狼瘡</td> <td><input type="checkbox"/>14.癌症：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3.心臟病</td> <td><input type="checkbox"/>9.血友病</td> <td><input type="checkbox"/>15.海洋性貧血：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>4.肝炎</td> <td><input type="checkbox"/>10.蠶豆症</td> <td><input type="checkbox"/>16.重大手術名稱：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>5.氣喘</td> <td><input type="checkbox"/>11.關節炎</td> <td><input type="checkbox"/>17.過敏物質名稱：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>6.腎臟病</td> <td><input type="checkbox"/>12.糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/>18.其他：_____</td> </tr> </table>	<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"/> 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：_____	<p>特殊疾病現況或應注意事項</p> <p><input type="checkbox"/>詳如病歷摘要</p>
<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"/> 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 _____	

  

<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，幾點吃？_____點</p> <p>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</p> <p>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</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330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml)</p> <p>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</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>11. 月經情況(女生回答)</p> <p>(1)初次月經<input type="checkbox"/>①無 <input type="checkbox"/>②有，初經年齡：_____歲</p> <p>(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)</p> <p>(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</p> <p>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</p> <p>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</p>
---	---

  

自我 健康 評估	<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>※ 目前有哪些健康問題？請敘述：</p>
----------------	---

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：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_____																																																																	
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 border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td></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></td> </tr> <tr> <td>右上</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</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>左下</td> </tr> </table>															18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		右上																	左上	右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下		
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																							
右上																	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		實驗室檢查項目		初查結果		檢查結果																																																													
				異常註記		追蹤				異常註記		追蹤																																																											
尿液檢查		尿蛋白 (+) (-)						血脂肪		總膽固醇 (mg/dl)																																																													
		尿糖 (+) (-)						腎功能檢查		肌酸酐 (mg/dl)																																																													
		潛血 (+) (-)								尿酸 (mg/dl)																																																													
血液常規檢查		酸鹼值						肝功能檢查		血尿素氮 (mg/dl) ※																																																													
		血色素 (g/dl)								麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)																																																													
		白血球 (10 <sup>3</sup> /μL)						血清免疫學		麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)																																																													
		紅血球 (10 <sup>6</sup> /μL)								B型肝炎表面抗原																																																													
		血小板 (10 <sup>3</sup> /μL)						其他※		B型肝炎表面抗體																																																													
平均血球容積 MCV (fl)																																																																							
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																																																																					