

108 學年度國立虎尾科技大學學生健康資料卡

學號

進食 生理期 懷孕

學生基本資料	入學日期	年	月	就讀系所、班(組)別	姓名		
	學制	<input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修推廣部 <input type="checkbox"/> 進修學院 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 碩士在職專班 <input type="checkbox"/> 碩士攜手專班 <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 其他: _____					
	出生日期	年	月	日	血型	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	戶籍地址					學生本人行動電話	
	現居地址 (報告寄發)	<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(已電腦填報者免填)					特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要	
	<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"/> 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：(已電腦填報者免填)					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 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 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 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 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					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 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 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 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"/> ② 21-40 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 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：						
1. 為關心您的健康並作為健康促進之參考，請詳細填寫「健康基本資料」。 2. 您是否同意衛生保健組在尊重個人隱私的前提下，將體檢結果依教學、輔導、醫療之需要送請相關單位協助追蹤輔導與關懷。 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意							
簽名: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日							

此面請學生自填，請於健檢前自行填寫完畢，

