

111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					
	出生日期	年 月 日	血型	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號					
	學制	<input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修推廣部 <input type="checkbox"/> 進修學院					學生本人行動電話				
		<input type="checkbox"/> 四技部 <input type="checkbox"/> 二技部 <input type="checkbox"/> 專科部 <input type="checkbox"/> 產攜訓班 <input type="checkbox"/> 碩博班 <input type="checkbox"/> 其他									
緊急聯絡人監護人或附近親友	關係			姓名			行動電話				

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.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：_____

高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於 500 度？0.無 1.有 2.不知道

領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡：0.無 1.有，類別：_____

領有身心障礙手冊：0.無 1.有，類別：_____，等級：1.輕度 2.中度 3.重度 4.極重度

特殊疾病現況或應注意事項：0.無 1.有(請描述)：_____

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：0.無 1.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱：_____ 2.不知道

生活型態

※請勾選最合適的選項：

- 過去 7 天內(不含假日)，睡眠習慣：①每日睡足7小時 ②不足7小時 ③時常失眠
- 過去 7 天內(不含假日)，早餐習慣：①都不吃 ②有時吃，吃_____天 ③每天吃(9 點前吃：是 否；9 點後吃：是 否)
- 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？①0天 ②1天 ③2天 ④3天 ⑤4天 ⑥5天 ⑦6天 ⑧7天
- 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？
①不吸菸 ②有時吸菸(可複選：a傳統菸品、b電子煙、c加熱式菸品等)
③每天吸菸(可複選：a傳統菸品、b電子煙、c加熱式菸品等) ④已戒除。
- 過去一個月內，你喝酒情形？①不喝酒 ②有時喝酒 ③每天喝酒(a2杯以上、b1杯、c不到1杯) ④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 120 ml、烈酒 45 ml。
- 過去一個月內，你嚼檳榔情形？①不嚼檳榔 ②有時嚼檳榔 ③每天嚼檳榔 ④已戒除
- 常覺得憂鬱嗎？①沒有 ②有時 ③時常
- 常覺得焦慮嗎？①沒有 ②有時 ③時常
- 過去 7 天內，你多久排便一次？①每天至少一次 ②兩天 ③三天 ④四天以上
- 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？①不到 2 小時 ②約 2-4小時 ③約 4 小時以上，_____小時
- 你通常一天刷牙幾次？①0次 ②1次 ③2次 ④3次以上
- 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？①每半年一次 ②每年一次 ③一年以上 ④從來沒有
- 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？①沒有 ②輕微 ③嚴重 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？①非常好 ②好 ③一般 ④不好 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？①非常好 ②好 ③一般 ④不好 ⑤非常不好

※ 目前有哪些健康問題？請敘述：0.無 1.有，是否需學校協助：0.否 1.是

- 為關心您的健康並作為健康促進的參考，請詳細填寫「健康基本資料」。
- 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。同意 不同意

本頁請同學於健檢前自行填寫完畢，並於健檢當日攜至會場

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		未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有		缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有		已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有		牙齦炎※： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有		牙結石※： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有		<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良		<input type="checkbox"/> 咬合不正		<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							
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		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 (+)(-)								腎功能檢查		肌酸酐 (mg/dl)							
		尿糖 (+)(-)										尿酸 (mg/dl)							
		潛血 (+)(-)										血尿素氮 (mg/dl)							
		酸鹼值								肝功能檢查		麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)							
血液常規檢查		血色素 (g/dl)										麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)							
		白血球 (10 ³ /μL)										總膽固醇 (mg/dl)							
		紅血球 (10 ⁶ /μL)										高密度脂蛋白膽固醇 (mg/dl)							
		血小板 (10 ³ /μL)										低密度脂蛋白膽固醇 (mg/dl)							
		平均血球容積 MCV (fl)										三酸甘油酯 (mg/dl)							
		血球容積比 Hct (%)								其他		血糖(mg/dl)							
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"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 其他_____		<input type="checkbox"/> 疑似懷孕或懷孕，故拒絕此項檢查。						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																	