

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	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"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 碩士在職專班 <input type="checkbox"/> 博士班 <input type="checkbox"/> 其他：											
	姓名	就讀系所、班(組)別					手機						
	出生日期	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		身分證字號					
	戶籍地址												
	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)					行動電話				

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：

特殊疾病現況或應注意事項 詳如病歷摘要

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

請勾選最合適的選項：

<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"/>沒有 <input type="checkbox"/>很少 <input type="checkbox"/>時常</p> <p>9. 常覺得胃痛嗎？<input type="checkbox"/>沒有 <input type="checkbox"/>很少 <input type="checkbox"/>時常</p> <p>10. 常覺得頭痛嗎？<input type="checkbox"/>沒有 <input type="checkbox"/>很少 <input type="checkbox"/>時常</p> <p>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"/>②21-40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</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

1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？①極好的 ②很好 ③好 ④普通 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？①極好的 ②很好 ③好 ④普通 ⑤不好

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

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		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							
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		初查結果	
				異常註記				檢查結果	
				追蹤				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 ($10^3/\mu\text{L}$)						麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)	
		紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$)							
		血小板 ($10^3/\mu\text{L}$)							
		平均血球容積 MCV (fl)							
		血球容積比 Hct (%)							
胸部 X光檢查		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"/> 肺浸潤 <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，請簽名：						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							