

113學年度 國立虎尾科技大學 學生健康資料卡

進食 生理期 懷孕或疑似懷孕

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				
	學制	<input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修推廣部						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									

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.蠱豆症	<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？ <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： <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有時吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ③每天吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ④已戒除。										
	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"/> a2杯以上、 <input type="checkbox"/> b1杯、 <input type="checkbox"/> c不到1杯) <input type="checkbox"/> 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	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										
	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										
1.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」。											
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											

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"/> 耳聾堵塞 <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												
	右	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上
	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_____	<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(+)(-)					肝功能 檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶(U/L)											
酸鹼值				麩胺酸丙酮酸轉胺酶(U/L)														
血液 常規 檢查	血色素(g/dl)				血脂肪	總膽固醇(mg/dl)												
	白血球(10 ³ /μL)					三酸甘油酯(mg/dl)												
	紅血球(10 ⁶ /μL)					低密度脂蛋白膽固醇(mg/dl)												
	血小板(10 ³ /μL)					其他	飯前血糖(mg/dl)											
	平均血球容積 MCV (fl)																	
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_____													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																	