

107 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
	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

此面請學生自填，請於健檢前自行填寫完畢，

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)	
	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	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 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。 同意 不同意

簽名: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

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 BMI： 腰圍： 公分		<input type="checkbox"/> 自選項目 CO 值：																																																			
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 _____																																																			
胸部		<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"/> 青蛙肢（蹲距困難） <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																			
泌尿生殖		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未檢查 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <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>右上</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>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>														右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上	右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下		
右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	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 <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		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)																																													
		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 /μL)						麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)																																													
		紅血球 (10 ⁶ /μL)				血清免疫學		B型肝炎表面抗原																																													
		血小板 (10 ³ /μL)						B型肝炎表面抗體																																													
		平均血球容積 MCV (fl)						其他		B型肝炎e抗原																																											
		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																																																			