

弘光科技大學學生健康資料卡

入學日期

年 月

學生基本資料	學號	姓名	系所、班別
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期 年 月 日
	現居地址	學生行動電話	
	緊急聯絡人	關係	姓名
		電話(家)	行動電話
*若您提供之緊急聯絡人(含姓名、家庭關係、電話、手機號碼)資訊給於業務單位，申請人需轉知緊急聯絡人已提供個人資料。			

一、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：_____

二、高度近視(度數大於500度):無 有(左眼 右眼)

※有特殊疾病及上述疾病者，目前是否仍需就醫：
仍需就醫(*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。)
無需就醫，已痊癒。

領有重大傷病證明無 有，類別_____

領有身心障礙手冊無 有，類別_____等級：輕度 中度 重度 極重度

家族疾病史：無 有，患有遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____

※ 請勾選最合適的選項：

- 過去7天內(不含假日)，睡眠習慣：每日睡足7小時 不足7小時 時常失眠
- 過去7天內(不含假日)，早餐習慣：都不吃 有時吃，____天 每天吃(幾點吃：9點前9點後)
- 您一星期中有幾天是有吃蔬菜、水果？1-2天 3-4天 5-6天 7天
- 您攝取水分的習慣為？只喝白開水 喝白開水比飲料多 喝飲料比白開水多 從不喝白開水只喝飲料
- 過去7天內，你進行中等強度以上的運動(活動時仍可交談，但無法唱歌)及健身、交通和休閒等活動，每天至少10分鐘，累計共有幾天？0天 1天 2天 3天 4天 5天 6天 7天
- 過去一個月內，你吸菸/煙行為(包括傳統菸品、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)？
不吸菸 已戒除
有時吸菸(可複選：傳統菸品 電子煙 加熱式菸品)
每天吸菸(可複選：傳統菸品 電子煙 加熱式菸品)
- 過去一個月內，喝酒行為：不喝酒 有時喝酒 每天喝酒(2杯以上、1杯、不到1杯) 已戒除
 (1杯的定義：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml)
- 過去一個月內，嚼檳榔：不嚼檳榔 有時嚼檳榔 每天嚼檳榔，____粒/天 已戒除
- 常覺得憂鬱嗎？沒有 有時 時常
- 常覺得焦慮嗎？沒有 有時 時常
- 排便習慣：過去7天內，多久排便一次？每天至少一次 兩天 三天 四天以上
- 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？
不到2小時 每天約2-4小時 約4小時以上，____小時
- 你通常一天刷牙幾次？0次 1次 2次 3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？
從來沒有 每半年一次 每年一次 一年以上。
- 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？沒有 輕微 嚴重 不知道。

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？非常好 好 一般 不好 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？非常好 好 一般 不好 非常不好

※目前有哪些健康問題？無、是，請敘述：_____。

續上題，是否需要學校協助？需要 不需要

※此份調查，您是否同意衛生保健組在尊重個人隱私權及個資保護的前提下，將體檢結果依體育教學、輔導、醫療之需要，送請校內相關單位追蹤輔導與關懷。同意 不同意

健康檢查記錄表(由健檢單位填寫)

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	自選項目： <input type="checkbox"/> 腰圍		BMI：				
血壓： / mmHg 脈搏： 次/分	臀圍： cm						
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"/> 青蛙肢(蹲踞困難) <input type="checkbox"/> 其他						
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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"/> 疔 <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						
實驗室檢查項目(單位)		結果	參考值	實驗室檢查項目(單位)	結果	參考值	追蹤
肝功能	草酸轉胺酵素(SGOT)			血脂	總膽固醇 T-CHO (mg/dl)		
	丙酮轉胺酵素(SGPT)				三酸甘油酯 TG		
血清	B型肝炎表面抗原			腎功能	高密度脂蛋白 HDL		
	B型肝炎表面抗體				低密度脂蛋白 LDL		
	飯前血糖 AC(mg/dl)			尿液檢查	肌酸酐 CRE (mg/dl)		
血液常規檢查	血色素 Hb (g/dl)				尿酸 UA (mg/dl)		
	白血球 WBC($10^3/\mu\text{L}$)				尿素氮 BUN (mg/dl)		
	紅血球 RBC($10^6/\mu\text{L}$)				尿蛋白		
	血小板 Platele ($10^3/\mu\text{L}$)				尿糖		
	平均血球容積 MCV (fl)				潛血		
	血球容積比 Hct (%)				酸鹼值		
	平均血球血色素 MCH						
	平均血球血色素濃度 MCHC						
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_____				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						
總評建議							
醫師簽章			承檢醫療機構名稱電話及地址				