

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	☐ 男 ☐ 女	出生日期	年	月	日	身分證字號										
	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。																	
健康基本資料	一、個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病 ☐1.無 ☐2.肺結核 ☐3.心臟病 ☐4.肝炎 ☐5.氣喘 ☐6.腎臟病 ☐7.癲癇 ☐8.紅斑性狼瘡 ☐9.血友病 ☐10.蠶豆症 ☐11.關節炎 ☐12.糖尿病 ☐13.心理或精神疾病： ☐14.癌症： ☐15.海洋性貧血： ☐16.重大手術名稱： ☐17.過敏物質名稱： ☐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： ☐乃需就醫(*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 _____																
	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：☐每日睡足 7 小時 ☐不足 7 小時 ☐時常失眠 2. 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) 3. 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 4. 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 5. 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 6. 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) 7. 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 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml） 8. 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 9. 常覺得憂鬱嗎？☐沒有 ☐有時 ☐時常 10. 常覺得焦慮嗎？☐沒有 ☐有時 ☐時常 11. 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 12. 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 13.你通常一天刷牙幾次？ ☐0 次 ☐1 次 ☐2 次 ☐3 次以上 14.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。 15.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	1. 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。 2. 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														

健康評估	※ 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

FM-10530-001 表單修訂日：114.08.20 保存期限：七年

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： ☐ 腰圍 公		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	☐ 無明顯異常	☐ 辨色力異常 ☐ 其他								
耳鼻喉	☐ 無明顯異常	聽力異常： ☐ 左 ☐ 右 ☐ 疑似中耳炎，如：耳膜破損 ☐ 扁桃腺腫大 ☐ 打瞌堵塞 ☐ 其他								
頭頸	☐ 無明顯異常	☐ 斜頸 ☐ 異常腫塊 ☐ 其他								
胸部及外觀	☐ 無明顯異常	☐ 心肺疾病 ☐ 胸廓異常 ☐ 其他								
腹部	☐ 無明顯異常	☐ 異常腫大 ☐ 其他								
脊柱四肢	☐ 無明顯異常	☐ 脊柱側彎 ☐ 肢體畸形 ☐ 青蛙肢 (蹲踞困難) ☐ 其他								
泌尿生殖	☐ 無明顯異常	☐ 包皮異常 ☐ 精索靜脈曲張 ☐ 其他								
皮膚	☐ 無明顯異常	☐ 癬 ☐ 疥瘡 ☐ 疣 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 溼疹 ☐ 其他								
口腔	☐ 無明顯異常	未治療齲齒： ☐ 無 ☐ 有 缺牙(因齲齒拔除)： ☐ 無 ☐ 有 已矯治牙齒： ☐ 無 ☐ 有 牙齦炎※： ☐ 無 ☐ 有 牙結石※： ☐ 無 ☐ 有 ☐ 口腔衛生不良 ☐ 咬合不正 ☐ 其他								
實驗室檢查項目(單位)		結果	參考值		追蹤	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 肪	總膽固醇 T-CHO (mg/dl)				
	丙酮轉胺酵素(SGPT)					三酸甘油脂 TG				
血清	B 型肝炎表面抗原					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)				腎 功 能	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 /μL)				尿素氮 BUN (mg/dl)					
	紅血球 RBC(10 ⁶ /μL)				尿 液 檢 查	尿蛋白				
	血小板 Platele (10 ³ /μL)					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： ☐ 無明顯異常 ☐ 疑似肺結核病徵 ☐ 肺結核鈣化 ☐ 胸廓異常 ☐ 肋膜腔積水 ☐ 複查矯治、日期及備註： 脊柱側彎 ☐ 心臟肥大 ☐ 支氣管擴張 ☐ 肺浸潤 ☐ 肺結節 ☐ 其他_____									
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 簽	師 章	承 檢 醫 療 機 構 名 稱 電 話 及 地 址	

Hungkuang University of Science and Technology

Student Health Information Form

Enrollment
Date

Year
Month

Basic Student Information	Student ID		Name		Department / Class																											
	Gender	☐ Male ☐ Female	Date of Birth	Year Month Day	National ID Number																											
	Current Address				Cell Phone																											
	Emergency Contact	Relationship	Name		Home Phone		Cell Phone																									
* If you provide the emergency contact's information (including name, relationship, phone number, mobile number) to relevant administrative units, the applicant must inform the emergency contact that their personal data has been provided.																																
Basic Health Information	I. Personal medical history: Please check any diseases or conditions you have had.																															
	<table border="0"> <tr> <td>☐ 1. None</td> <td>☐ 7. Epilepsy</td> <td>☐ 3. Psychological or Psychiatric Disorder:</td> </tr> <tr> <td>☐ 2. Tuberculosis</td> <td>☐ 8. SLE (Lupus)</td> <td>☐ 4. Cancer :</td> </tr> <tr> <td>☐ 3. Heart Disease</td> <td>☐ 9. Hemophilia</td> <td>☐ 5. Thalassemia:</td> </tr> <tr> <td>☐ 4. Hepatitis</td> <td>☐ 10. G6PD Deficiency</td> <td>☐ 6. Major Surgery:</td> </tr> <tr> <td>☐ 5. Asthma</td> <td>☐ 11. Arthritis</td> <td>☐ 7. Allergy:</td> </tr> <tr> <td>☐ 6. Kidney Disease</td> <td>☐ 12. Diabetes mellitus</td> <td>☐ 8. Other :</td> </tr> </table>															☐ 1. None	☐ 7. Epilepsy	☐ 3. Psychological or Psychiatric Disorder:	☐ 2. Tuberculosis	☐ 8. SLE (Lupus)	☐ 4. Cancer :	☐ 3. Heart Disease	☐ 9. Hemophilia	☐ 5. Thalassemia:	☐ 4. Hepatitis	☐ 10. G6PD Deficiency	☐ 6. Major Surgery:	☐ 5. Asthma	☐ 11. Arthritis	☐ 7. Allergy:	☐ 6. Kidney Disease	☐ 12. Diabetes mellitus
☐ 1. None	☐ 7. Epilepsy	☐ 3. Psychological or Psychiatric Disorder:																														
☐ 2. Tuberculosis	☐ 8. SLE (Lupus)	☐ 4. Cancer :																														
☐ 3. Heart Disease	☐ 9. Hemophilia	☐ 5. Thalassemia:																														
☐ 4. Hepatitis	☐ 10. G6PD Deficiency	☐ 6. Major Surgery:																														
☐ 5. Asthma	☐ 11. Arthritis	☐ 7. Allergy:																														
☐ 6. Kidney Disease	☐ 12. Diabetes mellitus	☐ 8. Other :																														
II. High myopia (greater than 500 degrees / -5.00 D): ☐ No ☐ Yes (☐ Left Eye ☐ Right Eye) ※If you have any special condition or any condition listed above, do you currently still require medical care? ☐ Still require medical care. (If any of the above special conditions has not resolved or is still being treated, please inform us and provide a medical summary for care reference.) ☐ No medical care required; fully recovered.																																
Holder of Catastrophic Illness (including Rare Disease) Certificate: ☐ No ☐ Yes, Category Holder of Disability Certificate ☐ No ☐ Yes, Category Level : ☐ Mild ☐ Moderate ☐ Severe ☐ Profound																																
Family medical/disease history: ☐ No ☐ Yes, relationship of family member with hereditary disorder: _____, name of disease: _____																																

Lifestyle	※ Please check the option that best applies: - During the past 7 days (excluding holidays), your sleep pattern: ☐At least 7 hours a day ☐Less than 7 hours a day ☐Often have insomnia - During the past 7 days (excluding holidays), your breakfast habits: ☐Never eat breakfast ☐Sometimes, ____ days ☐Every day (Time: ☐Before 9 a.m. ☐After 9 a.m.) - How many days per week do you eat vegetables and fruit? ☐1-2 days ☐3-4 days ☐5-6 days ☐7 days - What are your usual fluid intake habits? ☐Plain water only ☐More plain water than beverages ☐More beverages than plain water ☐Never drink plain water; beverages only - During the past 7 days, how many days did you do moderate/high intensity exercise (that is, you could talk but not sing while performing the exercise), such as sports, fitness, commuting, and recreational physical activities for at least 10 minutes each time per day?☐0 days ☐1 day ☐2 days ☐3 days ☐4 days ☐5 days ☐6 days ☐7 days - During the past month, what was your smoking/tobacco use (including conventional tobacco products, e-cigarettes, and heated tobacco products)? ☐Do not smoke ☐Quit ☐Sometimes (multiple selections allowed: ☐Conventional tobacco products ☐E-cigarettes ☐Heated tobacco products) ☐Daily (multiple selections allowed: ☐Conventional tobacco products ☐E-cigarettes ☐Heated tobacco products) - During the past month, did you drink alcohol? ☐Not at all ☐Some days ☐Daily (☐2+ cups ☐1 cup ☐Less than 1 cup) ☐Quit(1 cup = beer 330 ml, wine 120 ml, spirits 45 ml) - During the past month, did you chew betel nut? : ☐Not at all ☐Some days ☐Every day, ____ pieces/day ☐Quit - Do you often feel depressed? ☐No ☐Sometimes ☐Often - Do you often feel anxious? ☐No ☐Sometimes ☐Often - Bowel habits: During the past 7 days, how often did you have a bowel movement? ☐At least once a day ☐Every 2 days ☐Every 3 days ☐Every 4 days or longer - During the past 7 days (not including weekends, or days off), how many hours did you use the internet everyday, apart from when doing homework or in class? ☐ <2 hours ☐ 2-4 hours ☐ >4 hours, ____ hours - How many times a day do you brush your teeth ? ☐0 ☐1 ☐2 ☐3+ - How often do you have a dental checkup even if there's no toothache or other oral discomfort? ☐Never ☐Every 6 months ☐Once a year ☐Less often than once a year - Menstrual cycle – female students: Do you have painful menstrual periods?☐None☐Mild☐Severe ☐Don't know
Self-Health Assessment	- During the past month, how would you rate your current health status? ☐Very good ☐Good ☐Average ☐Poor ☐Very poor - During the past month, how would you rate your current mental health? ☐Very good ☐Good ☐Average ☐Poor ☐Very poor ※ Do you currently have any health concerns?☐None ☐Yes, please describe:_____ Regarding the above, do you need assistance from the University? ☐Yes ☐No ※ Do you agree that, with respect to personal privacy and data protection, your health examination results may be provided to relevant campus units (physical education, counseling, medical services) for follow-up care and support?☐Agree ☐Disagree

Health Checkup Record Form (To be filled by the health checkup unit)

General Examination Items	Date: Day ____ Month ____ Year								Examiner's Signature
Height: ____ cm Weight: ____ kg		Optional item : ☐ Waistline				BMI:			
Blood Pressure: / mmHg Pulse rate: /min		Hip: ____ cm							
Vision: Uncorrected: Right ____ Left ____ Corrected: Right ____ Left ____									
Eyes	☐ Normal	☐ Color vision deficiency ☐ Other:							
ENT	☐ Normal	Hearing abnormality: ☐ Left ☐ Right ☐ Suspected otitis media, such as from a perforated ear drum ☐ Swollen tonsils ☐ Cerumen impaction ☐ Other:							
Head & Neck	☐ Normal	☐ Wry neck (torticollis) ☐ Abnormal mass ☐ Other:							
Chest	☐ Normal	☐ Cardiopulmonary disease ☐ Abnormal thorax ☐ Other:							
Abdomen	☐ Normal	☐ Abnormal swelling ☐ Other:							
Spine &	☐ Normal	☐ Scoliosis ☐ Limb deformity ☐ Difficulty squatting ☐ Other:							
Urogenital system	☐ Normal ☐ Not checked	☐ Abnormal foreskin ☐ Varicocele ☐ Other:							
Skin	☐ Normal	☐ Tinea ☐ Scabies ☐ Wart ☐ Atopic dermatitis ☐ Eczema ☐ Other:							
Oral Exam	☐ Normal	Untreated Caries: ☐ 0. No ☐ 1. Yes Missing Teeth (due to caries): ☐ 0. No ☐ 1. Yes Treated / Filled Teeth: ☐ 0. No ☐ 1. Yes Gingivitis: ☐ 0. No ☐ 1. Yes Dental Calculus (Tartar): ☐ 0. No ☐ 1. Yes ☐ Poor Oral Hygiene ☐ Malocclusion ☐ Others							

Laboratory Tests		Result	Reference value	Follow up	Laboratory Tests		Result	Reference value	Follow up
Liver function	SGOT(AST)(U/L)				Blood lipids	T-CHO (mg/dL)			
	SGPT(ALT)(U/L)					TG			
Hepatitis B	HBsAg					HDL			
	Anti-HBs					LDL			
	Fasting blood glucose AC (mg/dL)				Renal function	Creatinine (mg/dL)			
Blood test	Hb (g/dl)					UA (mg/dL)			
	WBC (10 ³ /μL)					BUN (mg/dL)			
	RBC (10 ⁶ /μL)				Urinalysis	Protein			
	Platelets (10 ³ /μL)					Sugar			
	MCV (fL)					O.B.			
	Hct (%)					pH			
	MCH								
	MCHC								
Chest X-ray	Examination Results: ☐ No Significant Abnormality ☐ Suspected Tuberculosis (TB) ☐ TB Calcification ☐ Thoracic Deformity ☐ Pleural Effusion ☐ Scoliosis ☐ Cardiomegaly ☐ Bronchiectasis ☐ Pulmonary Infiltration ☐ Pulmonary Nodule ☐ Other:						Further treatment, date, and comment:		
Other tests	Item	Date	Checked by	Result			Follow-up referral and notes:		
Summary	Summary of health examination results, for follow-up or treatment, and case management outline								

General Assessment and Recommend ations			
Physician's Signature and Stamp		Examining Hospital / Clinic	1.Name: 2.Tel: 3.Add: