

環球科技大學 學生健康資料卡

學號

學生基本資料	入學日期	年 月	就讀系所、班(組)別				姓名				
	學制	部別： <input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 終身教育處 <input type="checkbox"/> 進修學院 學制： <input type="checkbox"/> 二專 <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"/> 產業碩士班 <input type="checkbox"/> 海青專班 <input type="checkbox"/> 其他									
	出生日期	年 月 日	血型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號				
	戶籍地址							學生本人行動電話			
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：						相片黏貼處			
	緊急連絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話					
監護人或 附近親友											
健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病						特殊疾病現況或應注意事項				
	<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"/> 詳如病歷摘要				
	<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：						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				
	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						8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常				
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						9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常					
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						10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常					
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						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					
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)						(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)					
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						(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：											

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： <input type="checkbox"/> 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													
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 △-已矯治※ φ-阻生牙※ Sp.-贅生牙※													
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：														承辦檢查醫院簽章			
		科醫師診治																	
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※													
		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																	

△：學生健康檢查實施辦法中視需要而辦理之項目 ※：學校自選項目