

國立屏東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								
	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				相片黏貼處					
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：						學生本人 E-mail									
	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											
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. 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：																
	如氣喘仍會發作，最後一次發作為_____歲 特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要																
	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																
	<input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 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																
	本人罹患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。																
生活型態	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																
	※ 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(包含傳統菸品、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已戒除； <input type="checkbox"/> ③有時吸菸（可複選： <input type="checkbox"/> ④傳統菸品、 <input type="checkbox"/> ⑤電子煙、 <input type="checkbox"/> ⑥加熱式菸品等） <input type="checkbox"/> ⑦每天吸菸（可複選： <input type="checkbox"/> ⑧傳統菸品、 <input type="checkbox"/> ⑨電子煙、 <input type="checkbox"/> ⑩加熱式菸品等）。 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"/> 2 杯以上、 <input type="checkbox"/> 1 杯、 <input type="checkbox"/> 不到一杯） 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很少 <input type="checkbox"/> ③時常 8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <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 14. 過去一個月內，喝含糖飲品(含果汁)習慣： <input type="checkbox"/> ①不喝 <input type="checkbox"/> ②時常喝 <input type="checkbox"/> ③每天喝，____杯/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除																
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？ <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，請敘述：_____；是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0. 否 <input type="checkbox"/> 1. 是																

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 血型：							
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"/> 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					
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 科醫生診治	
實驗室檢查項目		初查結果	追蹤	實驗室檢查項目		初查結果	追蹤
尿液檢查	尿蛋白			血 糖	空腹血糖 (mg/dL)		
	尿糖			腎 功 能 檢 查	肌酸酐 (mg/dL)		
	潛血				血尿素氮 (mg/dL)		
	酸鹼值				尿酸 (mg/dL)		
<input type="checkbox"/> 女性生理期 <input type="checkbox"/> 未禁食達4小時以上				肝 功 能 檢 查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT		
血液常規 檢 查	血色素 (g/dL)			血 清 免 疫 學	麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT		
	白血球 ($10^3/\mu\text{L}$)				B 型肝炎表面抗原		
	紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$)				B 型肝炎表面抗體		
	血小板 ($10^3/\mu\text{L}$)			B 型肝炎 E 抗原			
	平均血球容積 MCV (fl)			血 脂 肪	總膽固醇 (mg/dl)		
	血球容積比 Hct (%)				三酸甘油脂 (mg/dl)		
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						