

真理大學 學生健康資料卡

(重要:請事先填妥本頁資料並於體檢當日帶至體檢會場)

學生基本資料	學 號			身分證字號											血 型		相片黏貼處	
	姓 名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出 生 日 期				年		月		日					
	入 學 日 期	年 月		就讀系所、班 (組) 別	系(所)		年		班									
	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：																
	緊急聯絡人 監 護 人 或 附 近 親 友	關係	姓名	電話	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"/> 6. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 11. 關節炎 <input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____ <input type="checkbox"/> 2. 肺結核 <input type="checkbox"/> 7. 癲癇 <input type="checkbox"/> 12. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____ <input type="checkbox"/> 3. 心臟病 <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____ <input type="checkbox"/> 4. 肝炎 <input type="checkbox"/> 9. 血友病 <input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____ <input type="checkbox"/> 5. 氣喘 <input type="checkbox"/> 10. 蠱豆症 <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血：_____																	
	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																	
	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：																	
	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																	
	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"/> . 每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> . 不足7小時 <input type="checkbox"/> . 時常失眠																	
	2. 過去7天內（不含假日），早餐習慣： <input type="checkbox"/> 都不吃 <input type="checkbox"/> . 有時吃，吃____天 <input type="checkbox"/> . 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"/> 0天 <input type="checkbox"/> . 1天 <input type="checkbox"/> . 2天 <input type="checkbox"/> . 3天 <input type="checkbox"/> 4天 <input type="checkbox"/> 5天 <input type="checkbox"/> 6天 <input type="checkbox"/> 7天																	
	4. 過去一個月內，你吸菸/煙（包括傳統紙菸、電子煙及加熱式菸品等新興菸品）情形？ <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> . 已戒除 <input type="checkbox"/> . 有時吸菸（可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等） <input type="checkbox"/> . 每天吸菸（可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等）。																	
自我健康評估	5. 過去一個月內，你喝酒情形？ <input type="checkbox"/> . 不喝酒 <input type="checkbox"/> . 有時喝酒 <input type="checkbox"/> . 每天喝酒（ <input type="checkbox"/> 2杯以上、 <input type="checkbox"/> 1杯、 <input type="checkbox"/> 不到1杯） <input type="checkbox"/> 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330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml。																	
	6. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？ <input type="checkbox"/> . 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> . 有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> . 每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 已戒除																	
	7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> . 有時 <input type="checkbox"/> . 時常																	
	8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> . 有時 <input type="checkbox"/> . 時常																	
	9. 過去7天內，你多久排便一次？ <input type="checkbox"/> . 每天至少一次 <input type="checkbox"/> . 兩天 <input type="checkbox"/> . 三天 <input type="checkbox"/> 4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"/> . 不到2小時 <input type="checkbox"/> . 約2-4小時 <input type="checkbox"/> . 約4小時以上，____小時																	
自我健康評估	11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> 0次 <input type="checkbox"/> . 1次 <input type="checkbox"/> . 2次 <input type="checkbox"/> . 3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"/> . 每半年一次 <input type="checkbox"/> . 每年一次 <input type="checkbox"/> 一年以上 <input type="checkbox"/> . 從來沒有																	
	13. 月經情況（女生回答）：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> . 沒有 <input type="checkbox"/> . 輕微 <input type="checkbox"/> . 嚴重 <input type="checkbox"/> 不知道/拒答																	
	過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？ <input type="checkbox"/> . 非常好 <input type="checkbox"/> . 好 <input type="checkbox"/> . 一般 <input type="checkbox"/> m 不好 <input type="checkbox"/> 5 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？ <input type="checkbox"/> . 非常好 <input type="checkbox"/> . 好 <input type="checkbox"/> . 一般 <input type="checkbox"/> m 不好 <input type="checkbox"/> 5 非常不好																	
自我健康評估	目前有哪些健康問題？請敘述： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有																	
	請簡述：																	
	是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0. 否 <input type="checkbox"/> 1. 是																	
自我健康評估	請簡述：																	

*本人同意貴院將本人體檢結果之資料提供給本人就讀之學校，並同意學校為健康管理之使用。

立同意書人：_____（簽名）

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				<input type="checkbox"/> 腰圍_____公分									
血壓：1. _____/_____mmHg 2. _____/_____mmHg 脈搏：1. _____次/分 2. _____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"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 未檢查											
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											
口腔篩檢		<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_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：						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、尿糖		、				血脂肪		總膽固醇（mg/dl）			
		潛血、酸鹼值		、						三酸甘油脂（mg/dl）			
		尿白血球、酮體		、				腎功能檢查		肌酸酐（mg/dl）			
		尿膽素原、膽紅素		、						尿酸（mg/dl）			
		亞硝酸鹽、比重		、						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											
		血球容積比						其他					
		平均血色素濃度											
		紅血球平均血紅素											
胸部X光檢查		X光號		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											