

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)

學號

學生基本資料	入學日期	年 月	就讀系所、班(組)別	系(所)	年 班	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：																
	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												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.蠱豆症											<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-齶齒 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：															科醫師診治	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 (+)(-)				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