

中原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													
	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	相片黏貼處								
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： 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，_____天 <input type="checkbox"/> ③每天吃，幾點吃？_____點 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 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。是否參加免費戒菸班意願 _____ (請填是或否) 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330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml) 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										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 8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 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 (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) (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													
	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																							
自我健康評估	※ 目前有哪些健康問題？請敘述：																							
	※若有心電圖及血液異常：轉知家長 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 (未滿20歲及碩博學生不需勾選) 請簽名：_____																							

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		腰圍： 公分		BMI:															
視力檢查	裸視：左眼_____ 右眼_____	血 壓		① _____ / _____ mmHg		② _____ / _____ mmHg															
	矯正視力：左眼_____ 右眼_____	脈 搏		_____ 次/分																	
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	辨色力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 斜視： _____ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他 _____																			
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	聽力：左_____dB 右_____dB 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"/> 耳道畸形 <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	<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"/> 心臟聽診異常 <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"/> 其他異常 _____																			
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"/> 青蛙肢（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	<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"/> 殘留乳牙 <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 _____ 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 (+)(-)			肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)		
	尿糖 (+)(-)			麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)			
	潛血 (+)(-)			血脂脂肪檢查	總膽固醇 (mg/dl)		
酸鹼值			三酸甘油脂 (mg/dl)				
血液常規檢查	血色素 (g/dl)			血清免疫學	B 型肝炎表面抗原		
	白血球 (10 ³ /μL)				B 型肝炎表面抗體		
	紅血球 (10 ⁶ /μL)			腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)		
	血小板 (10 ³ /μL)				尿酸 (mg/dl)		
	平均血球容積 MCV (fl)			抗體檢查	麻疹抗體		
血球容積比 Hct (%)			德國麻疹(風疹)抗體				

抗體陰性-接種證明(請於來台前1個月接種)	疫苗名稱	接種日期	接種單位或醫師簽章	備註:
	麻疹預防接種證明			1. 如檢附幼時接種紀錄，其接種年齡必須大於1歲。 2. 麻疹、風疹預防接種，二者缺一不可 3. 若無預防接種證明須於入台14天內接種
	風疹預防接種證明			
	MMR 或 MR 混合疫苗			

胸部 X 光檢查	檢查日期： 須於入台14天內檢查。 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：
----------	--	-------------

健康管理綜合紀錄 * 心臟聽診或心電圖正常及無特殊傳染病者，才可憑體檢資料辦理游泳證及體適能證。（四年級學生需在三年級時參加過體檢，方可申請）