

國立臺北科技大學五專學生健康資料卡(正面)

填寫日期： 年 月 日

| | | | | | |
|---|---|---|------|-------------|--|
| 學號 | | 身份證字號 | | 血型 | |
| 姓名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期 | 年 月 日 | |
| 科別系所 | _____科 | | | | |
| 聯絡住址 | | 電話 | | | |
| E-mail address: | | | | | |
| 緊急聯絡人 | 姓名 | | 關係 | | |
| | 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"/> 18.其他:_____ | | | | |
| | <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.蠶豆症 <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。 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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，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，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"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②已戒除 <input type="checkbox"/> ③有時吸菸 <input type="checkbox"/> ④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) <input type="checkbox"/> ⑤戒菸意願 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無。 | | | | |
| | 5.過去一個月內，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(2杯以上、1杯、不到1杯) <input type="checkbox"/> 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330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml。 | | | | |
| | 6.過去一個月內，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有時 <input type="checkbox"/> ③時常 | | | | |
| | 8.常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <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，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.使用電子煙，您認為是否會造成身體的傷害？ <input type="checkbox"/> ①會 <input type="checkbox"/> ②不會 | | | | | |
| 自我評估 | 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： | | | | | |
| 本資料為衛保組做為健康檢查業務之用，本人已詳細閱讀並同意衛保組個資使用目的及範圍內收集、使用及處理本人所提供之相關資料。詳細內容請見「本校新生入學健康檢查隱私聲明資料」或衛保組網頁。 | | | | | |
| 立書人簽名(未滿18歲由代理人簽名)：_____ | | | | | |

五專健康檢查紀錄表(背面)

| | | | | | |
|---------|---|--|-------|---|-----------------|
| 學號 | | 姓名 | | | |
| 科別系所 | | | | | |
| 檢查日期 | 年 月 日 | | | | |
| 一 般 檢 查 | | | | | |
| 身高 | cm | | 體重 | kg | |
| 血壓 | ① / | mmHg ② / | mmHg | 腰圍 cm | |
| 視力 | 裸視 | 右： | 矯正 | 右： | |
| | | 左： | | 左： | |
| 辨色力 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____ | | | | |
| 聽力 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 右： <input type="checkbox"/> _____ 左： <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 口 腔 | 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 _____ | | | | |
| 理 學 檢 查 | | | | | |
| 耳鼻喉 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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: _____ | | | | |
| 頭頸部 | 斜 頸 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其它 _____ | | | |
| | 異常腫塊 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其它 _____ | | | |
| | 甲 狀 腺 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其它 _____ | | | |
| 胸部及外觀 | 心 臟 | <input type="checkbox"/> 心跳 _____ 次/分 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 其它 _____ | | | |
| | 肺 部 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其它 _____ | | | |
| 腹 部 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 其它 _____ | | | | |
| 肌肉骨關節 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其它 _____ | | | | |
| 皮 膚 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其它 _____ | | | | |
| 其 他 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其它 _____ | | | | |
| 尿液四項 | | 肝炎肝功能 | | 血液八項檢查 | |
| 尿蛋白 | | HBsAg | | 白血球WBC: 10 ³ /uL | MCHC: G/dL |
| 尿糖 | | HBsAb | | 紅血球RBC: 10 ⁶ /uL | MCH: Pg |
| 酸鹼值 | | HBeAg | | 血紅素 Hb: g/uL | Hct: % |
| 潛血反應 | | SGOT | U/L | 血小板 PLT: 10 ³ /uL | MCV: fL |
| 血脂肪 | | SGPT | U/L | 體格缺點及建議 | |
| 總膽固醇 | mg/dL | 腎功能 | | | |
| | | 尿素 | mg/dL | | |
| | | 尿酸 | mg/dL | 胸部X光檢查： 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"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| | | 肌酐酸 | mg/dL | | |
| 矯治追蹤記錄 | | | 醫師簽章 | | |