

國立臺北科技大學學生健康資料卡(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	_____系(所) <input type="checkbox"/> 四年制 <input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修部 <input type="checkbox"/> 碩士在職專班 _____班 <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 博士班 <input type="checkbox"/> 產碩專班			
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	※個人病史:勾選本人曾患疾病,勾選2~18項者另填寫過去病史調查表。			
	<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:_____				
<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,請主動告知並可提供就診病歷摘要(含疾病現況及應注意事項),做為照護參考。				
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			
	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)			
	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				
14.過去曾使用過電子煙? <input type="checkbox"/> ①是 <input type="checkbox"/> ②否				
15.你知道電子煙一樣會上癮並延後戒菸時機? <input type="checkbox"/> ①是 <input type="checkbox"/> ②否				
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20歲由代理人簽名):_____				

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								
		左:									
視力		右:									
視力		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	右	左	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;">D</td> <td style="width: 25px;">M</td> <td style="width: 25px;">F</td> <td style="width: 25px;">T</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	D	M	F	T				
	D	M		F	T						
	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28									
	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38									
C=齙齒; X=缺牙; /=阻生牙; △=已矯正											
<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其它 _____											
理 學 檢 查											
耳鼻喉	<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	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"/> 其他 _____										
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		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							
		尿素	mg/dL								
		尿酸	mg/dL								
		肌酐酸	mg/dL								
矯治追蹤記錄				醫師簽章							