

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)。				
	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(<input type="checkbox"/> 2杯以上、 <input type="checkbox"/> 1杯、 <input type="checkbox"/> 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				
15.戒菸意願 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無。					
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非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好				
	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非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好				
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)：_____					

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	/ mmHg	/ mmHg	腰圍 cm		
視力	裸視	右：	矯正		
		左：			
右：			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"/> 矯治中 <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: _____				
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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 _____				
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"/> 心搏過速 <input type="checkbox"/> 心搏過緩 <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	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	
		尿酸	mg/dL		
		肌酐酸	mg/dL		
矯治追蹤記錄				醫師簽章	