

國立屏東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 | | 血型 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 身分證字號 | | |
| | 戶籍地址 | | 相片黏貼處 | | | | | |
| | 學生行動電話 | | | | | | | |
| 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 | | | |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|--|---------------------------------|--|--|--|
| 健康基本資料 | 個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病 | | | | 如氣喘仍會發作，最後一次發作為_____歲 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1. 無 | <input type="checkbox"/> 7. 癩病 | <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____ | | 特殊疾病現況或應注意事項 | | | |
| | <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"/> 詳如病歷摘要 | | | |
| | <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： | | | | 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"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③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"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③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"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③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330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml) | | | | (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 | | | | |
| | | | | 14. 過去一個月內，喝含糖飲品(含果汁)習慣： <input type="checkbox"/> ①不喝 <input type="checkbox"/> ②時常喝 <input type="checkbox"/> ③每天喝，_____杯/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | 血型： | | | | | | | | | | | |
| 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：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 | | | | | | | | |
| 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 左下 |
| 右下 | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |
| 總評建議 | | | | | | | | | | | | | | | 承辦檢查醫院簽章 | | |
| 實驗室檢查項目 | 初查結果 | | 追蹤 | | 實驗室檢查項目 | | 初查結果 | | 追蹤 | | | | | | | | |
| 尿液檢查 | 尿蛋白 | | | | 血糖 | | 空腹血糖 (mg/dl) | | | | | | | | | | |
| | 尿糖 | | | | 腎功能檢查 | | 肌酸酐 (mg/dl) | | | | | | | | | | |
| | 潛血 | | | | 尿酸 | | 血尿酸 (mg/dl) | | | | | | | | | | |
| | 酸鹼值 | | | | 尿酸 | | 尿酸 (mg/dl) | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 女性生理期 | | <input type="checkbox"/> 未禁食達4小時以上 | | 肝功能檢查 | | 麩胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT | | | | | | | | | | | |
| 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 ($10^3/\mu\text{L}$) | | | | B型肝炎表面抗體 | | | | | | | | | | | | |
| | 紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$) | | | | B型肝炎E抗原 | | | | | | | | | | | | |
| | 血小板 ($10^3/\mu\text{L}$) | | | | 血脂肪 | | 總膽固醇 (mg/dl) | | | | | | | | | | |
| | 平均血球容積 MCV (fl) | | | | 三酸甘油酯 (mg/dl) | | | | | | | | | | | | |
| 血球容積比 Hct (%) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部 X 光 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |