

國立雲林科技大學 學生健康資料卡

| | | | | | | |
|--|---|---|----------------------------------|---|--------------------------------------|-------|
| 學生基本資料 | 姓名 | | 身分證字號 | | 出生日期 | 年 月 日 |
| | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 血型 | <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> AB型 <input type="checkbox"/> O型 | 行動電話 | |
| | 學號 | | 入學日期 | 年 月 | 系所 | |
| | 緊急聯絡人 監護人或附近親友 | | 關係 | 姓名 | | 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"/> 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： | | |
| 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(請描述)：_____ | | | | | | |
| 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，____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，你吸菸/煙(包括傳統菸品、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情況？ <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②已戒除 <input type="checkbox"/> ③有時吸菸(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"/> 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，你喝酒情形？ <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330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml) | | | | | |
| | 6. 過去一個月內，你嚼檳榔的情形？ <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，你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 | | | | | |
| 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？ <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請敘述：_____；是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是 | | | | | | |

進食 _____ 生理期 懷孕 疑懷孕

健康編號： _____ 建卡日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|--|---|--|--------------|--|-------------------|--|-------------|--|----|--|
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 視力檢查 | | 裸視：右眼 _____ 左眼 _____ | | 矯正視力：右眼 _____ 左眼 _____ | | | | | | | | | |
| 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 | | 未治療齙齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 缺牙(因齙齒拔除)： <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 | | | | | | | | | | | |
| 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 (+)(-) | | | | 腎功能檢查 | | 肌酸酐 (mg/dl) | | | | | |
| | | 尿糖 (+)(-) | | | | | | 尿酸 (mg/dl) | | | | | |
| | | 潛血 (+)(-) | | | | | | 血尿素氮 (mg/dl) ※ | | | | | |
| | | 酸鹼值 | | | | 肝功能檢查 | | 麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L) | | | | | |
| 血色素 (g/dl) | | | | 麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L) | | | | | | | | | |
| 血液常規檢查 | | 白血球 (10 ³ /μL) | | | | 血脂肪 | | 總膽固醇 (mg/dl) | | | | | |
| | | 紅血球 (10 ⁶ /μL) | | | | | | 高密度脂蛋白膽固醇 (mg/dl) | | | | | |
| | | 血小板 (10 ³ /μL) | | | | | | 低密度脂蛋白膽固醇 (mg/dl) | | | | | |
| | | 平均血球容積 MCV(fl)) | | | | | | 三酸甘油脂 (mg/dl) | | | | | |
| | | 血球容積比 Hct (%) ※ | | | | 其他 | | 血糖 | | | | | |
| 胸部 X 光檢查 | | 檢查日期 | | 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"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 疑似懷孕或懷孕，故拒絕此項檢查，請簽名： | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | |