長榮大學學生健康資料卡 CJCU Student Health Form(自填)

學號 Student ID		身分證號 I.D. No./ARC No											
姓名 Name		出生日期 Date of Birth	年 月 日(yy/mm/dd)										
系所/班級 Dept./Class		□男 Male □女 Femaie	本人行動電話 Cellphone No.										
聯絡地址 Address													
緊急聯絡人 Emergency contact	關係 Relationship	姓名 Name	電話(家)Phone (home)	行動電話 Cellphone No.									

過去病史 Personal Medical History

個人病史：勾選本人曾患過的疾病 Personal Health History：Please check if you have ever had the medical historyof？

□1.無 None □7.癲癇 Epilepsy □13.心理或精神疾病 Psychological or mental illness：___
□2.肺結核 Tuberculosis □8.紅斑性狼瘡 SLE (Lupus) □14.癌症 Cancer:：_____
□3.心臟病 Heart disease □9.血友病 Hemophilia □15.海洋性貧血 Thalassemia：_____
□4.肝炎 Hepatitis □10.蠶豆症 G6PD deficiency □16.重大手術 Major surgery：_____
□5.氣喘 Asthma □11.關節炎 Arthritis □17.過敏物質 Allergy to medicine/food：_____
□6.腎臟病 Nephralgia □12.糖尿病 Diabetes mellitus □18.其他 Other：_____

高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於 500 度？□無 □有□不知道
High myopia: Do you currently have myopia greater than 500 degrees in either eye？□No □Yes □Unknown
領有重大傷病證明卡，類別：_____Have major illness certificate? Type: _____
領有身心障礙手冊，類別：_____，等級：□輕度 □中度 □重度 □極重度
Have physical disability handbook? Level:□Mild □Moderate □Severe □Extremely severe

家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____
Family medical history: Which, if any, of your family members have hereditary medical conditions/illness____
Conditions/illness_____

生活型態 Personal Health Life History

※請勾選最合適的選項: Choose the most appropriate answer applicable to you in the past one year ?

1. 過去7天內（不含假日），睡眠習慣：□每日睡足7小時 □不足7小時 □時常失眠
   How many hours do you sleep a day during the past 7 days (not including weekends, or days off? □7 hours or more □less than 7 hours □ Insomnia
2. 過去7天內（不含假日）早餐習慣：□都不吃 □有時，吃____天 □每天(9點前：□是 □否；9點後：□是 □否)
   How often did you eat breakfast in the past 7 days *(not including weekends, or days off)*? □Never □Some days:___days □Everyday(Eat: before 9:00 □Yes □No; after 9:00□Yes□No)
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？□0天 □1天 □2天 □3天 □4天 □5天 □6天 □7天
   During the past 7 days, how many days did you do moderate/high intensity exercise (that is, you could talk but not sing whileperforming the exercise), such as sports, fitness, commuting, and recreational physical activities for at least 10 minutes each time per day? □0 day □1 day □2 days □3 days □4 days □5 days □6 days □7 days
4. 過去一個月內，你吸菸/煙（包括傳統紙菸、電子煙及加熱式菸品等新興菸品）情形？ □不吸菸 □有時吸菸（可複選：□傳統菸品、□電子煙、□加熱式菸品等）□每天吸菸（可複選：□傳統菸品、□電子煙、□加熱式菸品等） □已戒除
   The past month, did you use tobacco (cigarettes, e-cigarettes, or iQOS)? □Never □Some days-please tick: □cigarettes □e-cigarettes □iQOS (multiple choice) □Every day-please tick: □cigarettes □e-cigarettes □iQOS (multiple choice) □Quit
5. 過去一個月內，你喝酒情形？□不喝酒 □有時喝酒 □每天喝酒（□2杯以上、□1杯、□不到1杯）□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。
   The past month, do you drink alcohol? ☐Never ☐Some days ☐Every day - please tick how many(□2 drinks or more □ 1 drink □less than 1 drink) □I have quit(Note: 1 'drink' means: 330 ml of beer, 120ml of wine, 45 ml of spirits)
6. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？□不嚼 □有時 □每天 □已戒除
   During the past month, did you chew betel quid? □No □Often □Every day □Quit
7. 常覺得憂鬱嗎？□沒有 □有時 □時常 Do you feel depressed? □Never □Seldom □Often
8. 常覺得焦慮嗎？□沒有 □有時 □時常 Do you feel anxious? □Never □Seldom □Often
9. 過去7天內，你多久排便一次？□每天至少一次 □兩天 □三天 □四天以上
   Bowel habits: the past 7 days, how often did you defecate? □At least 1 time a day 2 days□ 3 days □ over 4 days
10. 過去7天內（不含假日）除了上課及作功課需要之外，你累積網路使用的時間？□不到2小時 □約2-4小時 □約4小時以上
    Internet using habit: the past 7 days (not including weekends, or days off), exclude daily studying needs, how many hours had you surfed on the Internet? □Less than 2 hours □About 2-4 hours □About 4 hours or more hours per day
11. 你通常一天刷牙幾次？ □0次 □1次 □2次 □3次以上
    How many times do you usually brush your teeth a day? □No □Once □Twice □3 or more times
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？□半年一次 □每年一次 □一年以上 □從來沒有
    How often do you have a dental checkup even if there's no toothache or other oral discomfort?
    □Once every 6 months □Once a year □More than one year □Never
13. 月經情況（**女生回答**）：有無經痛現象？□沒有 □輕微 □嚴重
    Menstrual cycle-*female students only*: Do you suffer from menstrual cramps? □No □Mild pain □ Severe pain

自我健康評估 Self Assessment

1.過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？□非常好 □好 □一般 □不好 □非常不好
How do you feel about your physical health condition？□Very good □ Fairly good □ Average □Worse □Very bad
2.過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？□非常好 □好 □一般 □不好 □非常不好
How do you feel about your mental health condition ？□Very good □ Fairly good □ Average □Worse □Very bad

※目前有哪些健康問題？請敘述？※Do you currently have any health concerns? Please Describe?

檢查項目 General exam	檢查日期 Date: 年 Year 月 Month 日 Day	檢查人員簽章
身高 Heigh： cm 體重 Weight： kg ※腰圍 Waistline： cm ※脈搏 Pulse： 次/分		
血壓 Blood Pressure： mmHg		
視力檢查 Vision	辨色力 Color Blindness □無明顯異常 Normal □辨色力異常△Abnormal □其他 Other	
	裸視 Naked Eye 左 Left_____ 右 Right_____ 矯正視力 Corrected 左 Left_____ 右 Right_____	
耳鼻喉 ENT	□無明顯異常 Normal 聽力異常 Hearing abnormality:：□左 Left □右 Right □疑似中耳炎 Suspected otitis media□耳膜破損 perforated eardrum△ □扁桃腺腫大 Swollen tonsils△ □耵聹栓塞 Earwax embolism△ □其他 Other	
頭頸 Head & Neck	□無明顯異常 Normal □斜頸 Torticollis □異常腫塊 Abnormal mass □其他 Other	
胸腔 Chest	□無明顯異常 Normal □心肺疾病 Cardiopulmonary disease □胸廓異常 Abnormal thorax □心雜音 Heart murmur□心律不整 Cardiac arrhythmia □其他 Other	
腹部 Abdomen	□無明顯異常 Normal □異常腫大 Abnormally swollen □其他 Other	
脊柱四肢 Spine &limbs	□無明顯異常 Normal □脊柱側彎 Scoliosis □肢體畸形 Limb deformity □蹲踞困難 Difficulty squatting □其他 Other	
泌尿生殖 Genitourinary System△	□無明顯異常 Normal □未檢查 Not checked □包皮異常 Abnormal foreskin □精索靜脈曲張 Varicocele □其他 Other	
皮膚 Skin	□無明顯異常 Normal □癬 Ringworm □疥瘡 Scabies □疣 Wart □異位性皮膚炎 Atopic dermatitis □溼疹 Eczema □其他 Other	
口腔 Oral	□無明顯異常 Normal 未治療齲齒 Untreated caries：□無 No □有 Yes 缺牙(因齲齒拔除) Missing tooth (been extracted due to caries)：□無 No □有 Yes 已矯治牙齒 Filled tooth：□無 No □有 Yes 牙齦炎 Dental calculus or tartar※：□無 No □有 Yes 牙結石※：□無 No □有 Yes □口腔衛生不良 Poor oral hygiene □咬合不正 Malocclusion □其他 Other	

檢驗室檢查項目		檢查結果		檢驗室檢查項目	檢查結果		
		檢驗值	異常		檢驗值		異常
尿液檢查 Urinalysis	尿蛋白 Protein			血清生化檢查 Serum biochemistry	GOT	U/L	
	尿糖 Sugar				GPT	U/L	
	潛血 O.B.				血尿素氮 BUN	mg/dl	
	酸鹼值 pH				肌酐酸 Creatinine	mg/dl	
血液常規檢查 Complete Blood Count	白血球 WBC	$10^3/\mu L$			尿酸 Uric Acid	mg/dl	
	紅血球 RBC	$10^3/\mu L$			總膽固醇 T-CHO	mg/dl	
	血色素 Hb	g/dl			三酸甘油脂 Triglycerides☆	mg/dl	
	血球容積比 Hct※	%					
	平均血球容積比	fl					
	血小板 Platelet	$10^3/\mu L$			高密度膽固醇 HDL☆	mg/dl	
血糖 Sugar☆	飯前血糖 AC	mg/dL					
肝炎標記 Hepatitis Exa.	HBsAg△				低密度膽固醇 LDH☆	mg/dl	
	Anit-HBs△						

胸部 X 光檢查 ChestX-ray	□無明顯異常 Normal □疑似肺結核病徵 R/O TB □其他 Other □肺結核鈣化 TB-related Calcification □胸廓異常 Abnormal thorax □肋膜腔積水 Pleura cavity edema □脊柱側彎 Scoliosis □心臟肥大 Cardiomegaly □支氣管擴張 Bronchiectasis □肺浸潤 Lung infiltration □肺結節 Lung nodules	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

健康管理紀錄	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄

總評建議		承辦檢查醫院簽章	

△：學生健康檢查實施辦法中視需要而辦理之項目
※：學校自選項目
☆: 學校增選