

長榮大學學生健康資料卡

填表日期： 年 月 日

學生基本資料	學號		姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月	日	
	科別系所	系所 年 班				身分證字號					
	部別	<input type="checkbox"/> 博士班 <input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> 高階碩專班 <input type="checkbox"/> 碩專班 <input type="checkbox"/> 大學部 <input type="checkbox"/> 進修部					本人手機				
	戶籍地址										相片黏貼處
	現居地址										
	電子信箱										
	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 <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.肺結核 <input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 4.肝炎 <input type="checkbox"/> 5.氣喘 <input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 10.蠶豆症 <input type="checkbox"/> 11.關節炎 <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病： <input type="checkbox"/> 14.癌症： <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血： <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱： <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱： <input type="checkbox"/> 18.其他：						特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要				
	<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： 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"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 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					
	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：										
自我健康評估											



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：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									
泌尿生殖△		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未檢查		<input type="checkbox"/> 包皮異常		<input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張		<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"/> 口腔黏膜異常※		<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							
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	
右下		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下	
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 (+)(-)						血脂肪		總膽固醇 (mg/dl)									
		尿糖 (+)(-)								三酸甘油脂									
		潛血 (+)(-)								高密度膽固醇※									
		酸鹼值								低密度膽固醇※									
血液常規檢查		血色素 (g/dl)						腎功能檢查		肌酸酐 (mg/dl)									
		白血球 (10 ³ /μL)								尿酸 (mg/dl)									
		紅血球 (10 ⁶ /μL)								血尿素氮 (mg/dl)									
		血小板 (10 ³ /μL)						肝功能檢查		麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)									
		平均血球容積 MCV (fl)								麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)									
		血球容積比 Hct (%)※						血清免疫學		B 型肝炎表面抗原△									
		平均血球血色素※								B 型肝炎表面抗體△									
		平均血色素血容積比※								C 型肝炎※									
血糖		飯前血糖※																	
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"/> 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																	

△：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