

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

學號	身分證號										
姓名	出生日期				年	月	日				
系所/班級	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		本人行動電話								
聯絡地址											
緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	行動電話							
過去病史	個人病史：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：_____ <input type="checkbox"/> 5. 氣喘 <input type="checkbox"/> 11. 關節炎 <input type="checkbox"/> 17. 過敏物質：_____ <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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不知道 領有重大傷病證明卡，類別：_____ 領有身心障礙手冊，類別：_____, 等級 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度										
	家族疾病史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____, 疾病名稱：____ <input type="checkbox"/> 不知道										
	※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"/> 每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> 不足7小時 <input type="checkbox"/> 時常失眠 2. 過去7天內（不含假日）早餐習慣： <input type="checkbox"/> 都不吃 <input type="checkbox"/> 有時，吃____天 <input type="checkbox"/> 每天(9點前： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；9點後： <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"/> 0天 <input type="checkbox"/> 1天 <input type="checkbox"/> 2天 <input type="checkbox"/> 3天 <input type="checkbox"/> 4天 <input type="checkbox"/> 5天 <input type="checkbox"/> 6天 <input type="checkbox"/> 7天 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？ <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 有時吸菸（可複選： <input type="checkbox"/> 傳統菸品、 <input type="checkbox"/> 電子煙、 <input type="checkbox"/> 加熱式菸品等） <input type="checkbox"/> 每天吸菸（可複選： <input type="checkbox"/> 傳統菸品、 <input type="checkbox"/> 電子煙、 <input type="checkbox"/> 加熱式菸品等） <input type="checkbox"/> 已戒除 5. 過去一個月內，你喝酒情形？ <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 有時喝酒 <input type="checkbox"/> 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"/> 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，你嚼檳榔情形？ <input type="checkbox"/> 不嚼 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 已戒除 7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常 8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常 9. 過去7天內，你多久排便一次？ <input type="checkbox"/> 每天至少一次 <input type="checkbox"/> 兩天 <input type="checkbox"/> 三天 <input type="checkbox"/> 四天以上 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？ <input type="checkbox"/> 不到2小時 <input type="checkbox"/> 約2-4小時 <input type="checkbox"/> 約4小時以上，__小時 11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> 0次 <input type="checkbox"/> 1次 <input type="checkbox"/> 2次 <input type="checkbox"/> 3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"/> 半年一次 <input type="checkbox"/> 每年一次 <input type="checkbox"/> 一年以上 <input type="checkbox"/> 從來沒有 13. 月經情況（女生回答）：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 嚴重 <input type="checkbox"/> 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"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/> 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"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/> 非常不好										
	※目前有哪些健康問題？※ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是										

檢查項目	檢查日期： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 已進食 <input type="checkbox"/> 女性生理期 <input type="checkbox"/> 懷孕_____週		檢查人員 簽章			
身高：_____cm	體重：_____kg	※腰圍：_____cm					
血壓：_____/_____ mmHg ※脈搏：_____次/分							
視力檢查	辨色力： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常△ <input type="checkbox"/> 其他：_____						
	裸視：左_____ 右_____ 矯正視力：左_____ 右_____						
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 <input type="checkbox"/> 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	<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"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <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"/> 蹲踞困難 <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 未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 牙齦炎※： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 牙結石※： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他：_____						
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	尿蛋白			血清生化檢查	GOT	U/L	
	尿糖				GPT	U/L	
	潛血				BUN	mg/dl	
	酸鹼值				Creatinine	mg/dl	
血液常規檢查	白血球	$10^3/\mu\text{L}$			尿酸	mg/dl	
	紅血球	$10^3/\mu\text{L}$			總膽固醇	mg/dl	
	血色素	g/dl			TG☆	mg/dl	
	血球容積比※	%			HDL☆	mg/dl	
	平均血球容積比	f1			LDL☆	mg/dl	
	血小板	$10^3/\mu\text{L}$			複查矯治、日期及備註		
血糖☆	飯前血糖 AC	mg/dL					
肝炎標記	HBsAg△						
	Anit-HBs△						
胸部 X 光檢查	<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"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 其他						
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

