

國立嘉義大學學生健康資料卡

校區：蘭潭 新民 民雄

復學 轉學

學制：學士 進修學士 碩士 碩士專班 博士班

健康編號：_____

進食 生理期 懷孕 疑懷孕 檢查日期： 年 月 日 報到時間：_____

學生基本資料	姓名	系所、班(組)別				學號				
	出生日期	年 月 日	血型	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號				
	戶籍地址								本人行動電話	
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：								
	緊急聯絡人 (務必填寫兩位)	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	學生本人E-mail			
	緊急聯絡人1									
	緊急聯絡人2									

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"/> 6. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 11. 關節炎	<input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____						
	<input type="checkbox"/> 2. 肺結核	<input type="checkbox"/> 7. 癩癩	<input type="checkbox"/> 12. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____						
	<input type="checkbox"/> 3. 心臟病	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____	<input type="checkbox"/> 18. 其他：_____						
	<input type="checkbox"/> 4. 肝炎	<input type="checkbox"/> 9. 血友病	<input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____							
<input type="checkbox"/> 5. 氣喘	<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血症：_____								
	高度近視：目前左右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，類別_____									
	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： <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，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，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"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②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"/> ③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) <input type="checkbox"/> ④已戒除									
	5. 過去一個月內，你喝酒行為： <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"/> a2杯以上、 <input type="checkbox"/> b1杯、 <input type="checkbox"/> c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：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml。									
	6. 過去一個月內，你嚼檳榔： <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. 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									
	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每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> ③約4小時以上，_____小時									
	11. 你通常一天刷幾次牙？ <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？請敘述： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0. 否 <input type="checkbox"/> 1. 是									

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				
體重：_____公斤	身高：_____公分	腰圍_____公分						
血壓：_____/_____/_____mmHg	脈搏：_____次/分	Recheck：_____/_____/_____mmHg	脈搏：_____次/分					
視力檢查：裸視：右眼_____左眼_____	矯正視力：右眼_____左眼_____							
辨色力檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常								
聽力檢查：右 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____	左 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____							
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 其他_____						
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<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"/> 青蛙肢（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	未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 缺牙（因齲齒拔除）： <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						
胸部 X 光檢查	檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常			複查矯治、日期及備註：				
	<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_____			X 光編號				
		因 <input type="checkbox"/> 懷孕 <input type="checkbox"/> 其他_____，故拒做此項檢查，簽名：_____						
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 U-PRO (+)(-)				腎功能檢查		肌酸酐 CREA (mg/dl)	
	尿糖 U-GLU (+)(-)						尿素氮 BUN(mg/dl)	
	尿潛血 U-OB (+)(-)						尿酸 UA (mg/dl)	
	酸鹼值 U-PH						總膽固醇 CHOL (mg/dl)	
血液常規檢查	血色素 Hb (g/dl)				血脂肪		三酸甘油脂 TG (mg/dl)	
	白血球 WBC (10 ³ /μL)						高密度膽固醇 HDL-C(mg/dl)	
	紅血球 RBC (10 ⁶ /μL)						低密度膽固醇 LDL-C(mg/dl)	
	血小板 PLT (10 ³ /μL)					肝功能檢查		麩胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT(U/L)
	血球容積比 HCT (%)						麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT (U/L)	
	平均血球容積 MCV (fl)				血清免疫學		B 型肝炎表面抗原 HBsAg	
	平均血球血色素 MCH (pg)						B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs	
	平均血色素濃度 MCHC (g/dl)				其他		飯前血糖 AC Sugar(mg/dl)	
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		
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							