

大專校院校名 崇仁醫護管理專科學校 學生健康資料卡

學號

學生基本資料	入學日期	年 月	就讀系所、班(組)別				姓名			
	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						學生本人行動電話			
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：					相片黏貼處			
	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						特殊疾病現況或應注意事項			
	<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"/> 詳如病歷摘要			
	<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：_____								
	<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：患有重大遺傳性疾之家屬稱謂_____，疾病名稱_____										
生活型態	※ 請勾選最合適的選項：					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				
	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					8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常				
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					9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常					
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					10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常					
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					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					
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330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml)					(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)					
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					(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					
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：										

※為關心您的健康並做為健康促進的參考，同意在尊重個人隱私權的前提下將體檢結果做以下處理：

- 1、若有檢查結果異常情形，讓學校將資料送相關單位協助追蹤輔導與關懷。
- 2、基於健康管理需要，醫院提供乙份個人體檢報告及統計分析讓學校管理存查。

立同意書人：\_\_\_\_\_

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		自選項目： <input type="checkbox"/> 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																																																																																									
胸部		<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																																																																																									
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"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他																																																																																									
牙齒位置圖		檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 △-已矯治 ϕ-阻生牙 Sp.-贅生牙																																																																																									
		<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>右上</td><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td>左下</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																		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																				
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 <input type="checkbox"/> 其他建議： 科醫師診治														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		尿糖				血脂肪		總膽固醇 (mg/dl)																																																																																			
		尿蛋白						三酸甘油酯																																																																																			
		酸鹼值						腎功能檢查		肌酸酐 (mg/dl)																																																																																	
		潛血				尿酸 (mg/dl)																																																																																					
		膽紅素																																																																																									
		酮體																																																																																									
		尿膽素原																																																																																									
		尿比重																																																																																									
		白血球																																																																																									
亞硝酸																																																																																											
血液常規檢查		白血球 (10 <sup>3</sup> /μL)				肝功能檢查		麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)																																																																																			
		紅血球 (10 <sup>6</sup> /μL)						麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)																																																																																			
		血色素 (g/dl)				血清免疫學		B型肝炎表面抗原																																																																																			
		血球容積比 Hct (%)						B型肝炎表面抗體																																																																																			
		平均血球容積 MCV(fl)				其他		飯前血糖																																																																																			
		平均血紅素量 MCH																																																																																									
		平均血色素濃度 MCHC																																																																																									
		血小板 (10 <sup>3</sup> /μL)																																																																																									
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																																																																																									

