

此表單開學日(9/6)時繳交

## 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	110年9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:									
	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					
	相片黏貼處 (1吋)										
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"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 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 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 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											

