

淡江大學 學生健康資料卡 (TKU Health Examination Record)

大學部日間 進學班 轉學生 復學生 外藉生、交換生 僑生、陸生 碩士 博士

學號 Student ID	
------------------	--

學生基本資料 Basic Information	入學日期 Entry Date	年 月 (yyyy / mm)	就讀系所、班 (組) 別 Department			姓名 Name
	出生日期 Date of Birth	年 月 日 (yyyy / mm / dd)	血型 Blood Type		性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
	戶籍地址 Permanent address				學生本人行動電話 Cell phone	學生本人電子信箱 Student's E-mail
	現居地址 Mail address	<input type="checkbox"/> 同上 As above :				
	緊急聯絡人、或 附近親友 Emergent Contact Person	關係 Relationship	姓名 Name	電話(家) Phone(home)	電話(公) Phone(Office)	行動電話 Cell Phone

健康基本資料 Health Information	<p>個人病史您曾患下列疾病？有請打勾 <input checked="" type="checkbox"/>: Please check if you have ever had the medical history of: if yes, please mark <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>1. 無 No <input type="checkbox"/>7. 癲癇Epilepsy <input type="checkbox"/>13. 心理或精神疾病Psychological or mental illness: _</p> <p><input type="checkbox"/>2. 肺結核 Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/>8. 紅斑性狼瘡 SLE <input type="checkbox"/>14. 癌症 Cancer</p> <p><input type="checkbox"/>3. 心臟病 Heart Disease <input type="checkbox"/>9. 血友病 Hemophilia <input type="checkbox"/>15. 海洋性貧血 Thalassemia</p> <p><input type="checkbox"/>4. 肝炎 Hepatitis <input type="checkbox"/>10. 蠶豆症 G6PD Deficiency <input type="checkbox"/>16. 重大手術Major Surgery: _____</p> <p><input type="checkbox"/>5. 氣喘 Asthma <input type="checkbox"/>11. 關節炎Arthritis <input type="checkbox"/>17. 過敏物質Allergens name: _____</p> <p><input type="checkbox"/>6. 腎臟病 Kidney Disease <input type="checkbox"/>12. 糖尿病 Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/>18. 其他 others? _____</p>					
	<p>高度近視：目前左右眼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</p> <p>High myopia: Do you currently have myopia greater than 500 degrees (near-sightedness -5.00 diopters) in either eye? <input type="checkbox"/>0. No <input type="checkbox"/>1. Yes <input type="checkbox"/>2. Unknown</p>					
	<p>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</p> <p>Holder of Catastrophic Illness (including Rare Disease) Certificate: <input type="checkbox"/>0. No <input type="checkbox"/>1. Yes - Category: _____ Holder of Physical/Mental Disability Manual <input type="checkbox"/>0. No <input type="checkbox"/>1. Yes Category: _____ Level: <input type="checkbox"/>1. Mild <input type="checkbox"/>2. Moderate <input type="checkbox"/>3. Severe <input type="checkbox"/>4 Profound</p>					
	<p>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)：_____</p> <p>若有上述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。 Special disease status or matters needing attention: <input type="checkbox"/>0. No <input type="checkbox"/>1. Yes (please describe): If you are being treated for, or recovering from, any of the above or some other disease, please inform the medical personnel and also provide your medical records for the healthcare professionals' reference.</p> <p>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</p> <p>Family medical/disease history: Relative with hereditary disorder: <input type="checkbox"/>0. No <input type="checkbox"/>1. Yes Name of disease _____ <input type="checkbox"/>2. Unknown Relatives of family members suffering from major hereditary disorder: _____ Name of disease: _____</p>					

自我健康評估 Health Self	<p>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</p> <p>During the past month, would you say your health condition is <input type="checkbox"/>①Excellent <input type="checkbox"/>②Good <input type="checkbox"/>③Average <input type="checkbox"/>④Fair <input type="checkbox"/>⑤Poor</p>
	<p>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</p> <p>During the past month, would you say your mental health condition is <input type="checkbox"/>①Excellent <input type="checkbox"/>②Good <input type="checkbox"/>③Average <input type="checkbox"/>④Fair <input type="checkbox"/>⑤Poor</p>
	<p>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</p> <p>※ Do you currently have any health concerns? <input type="checkbox"/>0. No <input type="checkbox"/>1. Yes</p> <p>本資料為衛保組做為健康檢查業務之用，本人已詳細閱讀並同意衛保組個資使用目的及範圍內收集、使用及處理本人所提供之相關資料。詳細內容(淡江大學隱私聲明暨個人資料)。詳見淡江大學網頁。 I hereby have read the <i>Notification on Collecting, Processing, and Utilization of Personal Data</i>, issued by Sanitation and Fitness Section. (未滿18歲由代理人簽名)</p> <p style="text-align: right;">簽名 Sign : _____</p>

短期研修健康檢查項目表
Health Certificate for Short-Term Students

(醫院名稱、地址、電話、傳真)
(Hospital's Name, Address, Tel, Fax)

檢查日期 / Date of Examination
YYYY / MM / DD

基本資料 / Basic Data

姓名 : Name :	性別 : <input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F Sex
國籍 : Nationality :	護照號碼 : Passport No. :
出生年月日 : Date of Birth : YYYY / MM / DD	

實驗室檢查 / Laboratory Examinations

A. 麻疹及德國麻疹之抗體陽性檢查報告或預防接種證明 / Proof of Positive Measles and Rubella Antibody or Measles and Rubella Vaccination Certificates :

a. 抗體檢查 / Antibody Tests

麻疹抗體 / Measles Antibody 陽性 / Positive 陰性 / Negative 未確定 / Equivocal

德國麻疹抗體 / Rubella Antibody 陽性 / Positive 陰性 / Negative 未確定 / Equivocal

b. 預防接種證明 / Vaccination Certificates (證明文件應註明接種日期、接種院所及疫苗批號。如檢附幼時接種證明，其接種年齡必須大於1歲。 / The certificate should include the date of vaccination, the name of administering hospital or clinic and the batch no. of vaccine. If the childhood vaccination certificate is submitted, it is important to include the record of the vaccines administered only after one year of age.)

麻疹預防接種證明 / Measles Vaccination Certificate

德國麻疹預防接種證明 / Rubella Vaccination Certificate

c. 有接種禁忌，暫不適宜預防接種 / Having contraindications, not suitable for vaccination

B. 胸部 X 光肺結核檢查 / Chest X-ray for Tuberculosis :

X 光發現 / Findings :

判定 / Result :

合格 / Passed 疑似肺結核 / TB suspect 無法確認診斷 / Pending 不合格 / Failed

孕婦免驗 / Not required for pregnant women

健康檢查總結果 / The final result of health examination :

合格 / Passed 須進一步檢查 / Need further examinations 不合格 / Failed

負責醫檢師簽章 / Signature of Chief Medical Technologist :

負責醫師簽章 / Signature of Chief Physician :

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent :

日期 / Date : YYYY / MM / DD

備註 / Note : 本表為來臺短期研修停留之健康檢查項目表。表單格式僅供參考，學生可分別檢具

預防接種證明及胸部 X 光檢查報告。 / This form lists the required medical examination items for students applying for short-term study in Taiwan. This form is only used for reference, students may submit a copy of vaccination certificates and the chest X-ray report instead of completing this form.

本證明三個月內有效。 / The certificate is valid for three months.

麻疹及德國麻疹之抗體陽性檢查報告或預防接種證明(二擇一)
Proof of Positive Measles and Rubella Antibody or Measles and Rubella
Vaccination Certificates (alternative)

基本資料/ Basic Data

姓名 Name :	性別 Sex : <input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F
國籍 Nationality :	護照號碼 Passport No. :
出生年月日 Date of Birth : <u>YYYY</u> / <u>MM</u> / <u>DD</u>	

a. 抗體檢查 / Antibody Tests

麻疹抗體 / Measles Antibody 陽性 / Positive 陰性 / Negative 未確定 / Equivocal

德國麻疹抗體 / Rubella Antibody 陽性 / Positive 陰性 / Negative 未確定 / Equivocal

b. 預防接種證明 / Vaccination Certificates (證明文件應註明接種日期、接種院所及疫苗批號。如檢附幼時

接種證明，其接種年齡必須大於1歲。 / The certificate should include the date of vaccination, the name of administering hospital or clinic and the batch no. of vaccine. If the childhood vaccination

certificate is submitted, it is important to include the record of the vaccines administered only after one year of age.)

麻疹預防接種證明 / Measles Vaccination Certificate

德國麻疹預防接種證明 / Rubella Vaccination Certificate

c. 有接種禁忌，暫不適宜預防接種 / Having contraindications, not suitable for vaccination

負責醫檢師簽章 / Signature of Chief Medical Technologist :

負責醫師簽章 / Signature of Chief Physician :

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent :

日期 / Date of Examination : YYYY / MM / DD

胸部 X 光肺結核檢查報告
Chest X-ray for Tuberculosis Report

基本資料 / Basic Data

姓名 : Name :	性別 : <input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F Sex :
國籍 : Nationality :	護照號碼 : Passport No. :
出生年月日 : <u>YYYY</u> / <u>MM</u> / <u>DD</u> Date of Birth :	

X 光發現 / Findings :

判定 / Result :

合格 / Passed 疑似肺結核 / TB suspect 無法確認診斷 / Pending 不合格 / Failed

孕婦免驗 / Not required for pregnant women

負責醫師簽章 / Signature of Chief Physician :

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent :

日期 / Date of Examination : YYYY / MM / DD

備註 / Note : 本證明三個月內有效。 / The certificate is valid for three months.