

大專校院學生健康資料卡中文版

大專校院校名 _____ 學生健康資料卡

(教育部修訂版)

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 (由各校決定是否蒐集)		
	緊急聯絡人、	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話			
	監護人或								
附近親友									
	學生本人E-mail								

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.癲癇	<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：						
	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							
	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							

請勾選最合適的選項：

- 過去7天內（不含假日），睡眠習慣：①每日睡足7小時 ②不足7小時 ③時常失眠
- 過去7天內（不含假日），早餐習慣：①都不吃 ②有時吃，吃____天 ③每天吃：（9點前吃：是 否；9點後吃：是 否）
- 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？①0天 ②1天 ③2天 ④3天 ⑤4天 ⑥5天 ⑦6天 ⑧7天
- 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？
①不吸菸 ②有時吸菸（可複選：a傳統菸品、b電子煙、c加熱式菸品等）
③每天吸菸（可複選：a傳統菸品、b電子煙、c加熱式菸品等）④已戒除。
- 過去一個月內，你喝酒情形？①不喝酒 ②有時喝酒 ③每天喝酒（a2杯以上、b1杯、c不到1杯）
④已戒除，勾選「每天喝酒」者，需進一步選擇每天喝酒杯數，1杯的定義為啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml。
- 過去一個月內，你嚼檳榔情形？①不嚼檳榔 ②有時嚼檳榔 ③每天嚼檳榔 ④已戒除
- 常覺得憂鬱嗎？①沒有 ②有時 ③時常
- 常覺得焦慮嗎？①沒有 ②有時 ③時常
- 過去7天內，你多久排便一次？①每天至少一次 ②兩天 ③三天 ④四天以上
- 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？①不到2小時 ②約2-4小時 ③約4小時以上，__小時
- 你通常一天刷牙幾次？ ①0次 ②1次 ③2次 ④3次以上
- 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？①每半年一次 ②每年一次 ③一年以上 ④從來沒有
- 月經情況（女生回答）：有無經痛現象？①沒有 ②輕微 ③嚴重 ④不知道/拒答

生活型態

自我健康評估

- 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？①非常好 ②好 ③一般 ④不好 ⑤非常不好
- 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？①非常好 ②好 ③一般 ④不好 ⑤非常不好

※目前有哪些健康問題？請敘述：0.無 1.有，是否需學校協助：0.否 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
身高：_____公分 公斤	體重：_____	
血壓：_____ / _____ mmHg	脈搏：_____次/分※	
視力檢查 裸視：右眼_____ 左眼_____	矯正視力：右眼_____ 左眼_____	
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"/> 蹲踞困難 <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	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				
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：			承辦檢查醫療院所簽章		
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			異常註記
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)			血脂脂肪	總膽固醇 (mg/dL)	
	尿糖 (+)(-)			腎功能檢查	CREATININE (mg/dL)	
	潛血 (+)(-)				尿酸 (mg/dL)	
酸鹼值			肝功能檢查	血尿素氮 (mg/dL) ※		
血液常規檢查	血色素 (g/dL)			血清免疫學	SGOT(AST) (U/L)	
	白血球 (10 ³ /μL)				SGPT(ALT) (U/L)	
	紅血球 (10 ⁶ /μL)			其他※	HBsAg△	
	血小板 (10 ³ /μL)				Anti-HBs△	
	平均血球容積比 (fl)					
血球容積比 HcT (%) ※						
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"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <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	
健康檔案紀錄	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄					

△：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