

建國科技大學 學生健康資料卡

本校恪遵個人資料保護法，並秉持尊重隱私權原則，配合教育部相關政策及教學、輔導與健康促進等業務需求，依規定提供健康統計相關資料。

四技 日間部 進修部 進修部二技 轉學生 碩士班 碩士在職班 博士班

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												
	通訊地址						學生本人 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														
	<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： <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，你吸菸/煙(含傳統菸、電子煙及加熱菸等新興菸品情形)？ <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②已戒除 <input type="checkbox"/> ③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"/> ④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)。														
	5. 過去一個月內，你喝酒情形？ <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，你嚼檳榔情形？ <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，_____粒/天 <input type="checkbox"/> 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. 過去7天內，你多天久排便一次？ <input type="checkbox"/> ①每天至少1次 <input type="checkbox"/> ②2天一次 <input type="checkbox"/> ③3天一次 <input type="checkbox"/> ④4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每天不到2小時 <input type="checkbox"/> ②每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> ③每天約4小時以上，_____小時														
	11. 你通常一天刷牙幾次？ <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	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														
	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										
身高：_____公分	體重：_____公斤	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"/> 耳聾堵塞 <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											
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	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 (+) (-)						腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)				
	尿潛血反應 (+) (-)								尿酸 (mg/dl)			
	尿膽素元(URO)				血尿素氮 (mg/dl)							
	酸鹼值					SGOT(AST) (U/L)						
	酮體(KETRITE)									SGPT(ALT) (U/L)		
	膽紅素(BILIRUBIN)				血清免疫學	B型肝炎表面抗原						
	硝酸鹽(NITRITE)						B型肝炎表面抗體					
比重(SP)												
血液常規檢查	白血球(WBC)				肝功能檢查	SGOT(AST) (U/L)						
	白血球 (10 ³ /μL)						SGPT(ALT) (U/L)					
	血色素 (g/dl)				血清免疫學	B型肝炎表面抗原						
	紅血球 (10 ⁶ /μL)						B型肝炎表面抗體					
	血球容積比 Hct (%)											
	紅血球容積 MCV											
	血小板 (10 ³ /μL)											
平均紅血球血紅素量												
平均紅血球血紅素濃度												
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											