

建國科技大學學生健康檢查資料卡

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： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| 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"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____ | | | | | | | | | | 特殊疾病現況或應注意事項 <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 | | | | | 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 | | | | |
| 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 | | | | | 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 | | | | | |
| 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 | | | | | 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 | | | | | |
| 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 | | | | | 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 | | | | | |
| 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) | | | | | 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 | | | | | |
| 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 | | | | | 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： | | | | | | | | | | | | | | |

