

大專院校校名 \_\_\_\_\_ 學生健康資料卡 \_\_\_\_\_ 學號 \_\_\_\_\_  
 (教育部修訂版)

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		相片黏貼處							
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：										行動電話									
	緊急聯絡人、 監護人或 附近親友	關係	姓名	電話(家)	電話(公)																

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.癩癩									<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：_____											

領有重大傷病證明卡，類別 \_\_\_\_\_

領有身心障礙手冊，類別 \_\_\_\_\_ 等級：極重度 重度 中度 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： ●過去7天內(不含假日)，睡眠習慣： <input type="checkbox"/> ① <input checked="" type="checkbox"/> 2 <sup>a</sup> 7小時 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ② <sup>3</sup> 7小時 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ③B81 ●過去7天內(不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> ① <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> ② B _____天 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ③ <sup>3</sup> ~ <sup>3</sup> 點 ●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 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ② <sup>3</sup> ●過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> ① ●8 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ②B88 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ③ <sup>3</sup> 8 <sup>3</sup> 支/天 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ④ <sup>3</sup> <sub>d</sub> ●過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> ① ●R <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ②B8 R <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ③ <sup>3</sup> R _____杯/天 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ④ <sup>3</sup> <sub>d</sub> (1杯的定義：啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml) 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/> ① ● <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ②B8 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ③ <sup>3</sup> <sup>3</sup> / <sub>d</sub> _____粒/天 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ④ <sup>3</sup> <sub>d</sub>	●常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ① <sup>3</sup> <input checked="" type="checkbox"/> ② <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ③B8 ●常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <sup>3</sup> ，很少 <sup>3</sup> f時常 ●常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <sup>3</sup> ，很少 <sup>3</sup> f時常 ●常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <sup>3</sup> ，很少 <sup>3</sup> f時常 ●月經情況(女生回答) (1)初次月經 <input type="checkbox"/> ①! <input type="checkbox"/> ② <sup>3</sup> ta _____歲 (2)月經週期： <input type="checkbox"/> ①f20天 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ②21-40天 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ③g41天 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ④ (< ip7天以上) (3)有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ① <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ② <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ③ <sup>3</sup> ●排便習慣：過去7天內，多久排便一次？ <input type="checkbox"/> ① <sup>3</sup> <sub>d</sub> ! ● <input type="checkbox"/> ②i <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ③ <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> ④*) <sup>3</sup> ●網路使用習慣：過去7天內(不含假日)每日除了上課及功課需要之外，累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/> ① <sup>3</sup> <sub>d</sub> 1小時 <input type="checkbox"/> ② <sup>3</sup> <sub>d</sub> 1-2小時 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ③ <sup>3</sup> <sub>d</sub> 2-4小時 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ④ <sup>3</sup> x)約4-5小時 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> ⑤ <sup>3</sup> x)5小時或以上
------	---	---

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？①u},,②^}③}④n<sup>3</sup>⑤

● }

●過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？①u},,②^}③}④n<sup>3</sup>⑤

• }

•目前有哪些健康問題？請敘述：

全身檢查項目	檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選）															檢								
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"/> 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"/> 蹲距困難			<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			<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良			<input type="checkbox"/> 牙結石*			<input type="checkbox"/> 牙齦炎*			<input type="checkbox"/> 牙周炎*			<input type="checkbox"/> 齒列咬合不正			<input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常*			<input type="checkbox"/> 其他_____		
牙齒位置圖	檢查代碼 C-齶齒 X-缺牙 △-已矯治* ψ-阻生牙* Sp.-贅生牙*																							
右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上							
右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下							
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 <input type="checkbox"/> 其他建議：															承辦檢查醫院簽章								
科醫師診治																								

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			
尿液檢查	尿蛋白 (+) (-)			血脂肪 腎功能檢查	總膽固醇 (mg/dl)	
	尿糖 (+) (-)				肌酸酐 (mg/dl)	
	潛血 (+) (-)				尿酸 (mg/dl)	
	酸鹼值				血尿素氮 (mg/dl) *	

血液 常規 檢查	血色素 (g/dl)				肝功能 檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)		
	白血球 (10 <sup>3</sup> /μL)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)		
	紅血球 (10 <sup>6</sup> /μL)				血清	B型肝炎表面抗原△		
	血小板 (10 <sup>3</sup> /μL)				免疫學	B型肝炎表面抗體△		
	平均血球容積 MCV (fl)				其他※			
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"/> 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			
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							

△：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