

國立體育大學教職員健康資料卡

檢查日期： 年 月 日

基本資料	姓名			連絡電話		
	單位			身分證字號		
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血型		出生日期	年 月 日
	戶籍地址					
	現住地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：				
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"/> 13.心理或精神疾病：_____ <input type="checkbox"/> 2.肺結核 <input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 14.癌症：_____ <input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____ <input type="checkbox"/> 4.肝 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____ <input type="checkbox"/> 5.氣 <input type="checkbox"/> 10.蠶豆症 <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____ <input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 11.關節炎 <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____ <input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 <input type="checkbox"/> 18.其他：_____				特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要	
	<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 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 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 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 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 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml） 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				7. 曾經從事_____，起始日期：_____年_____月，截止日期：_____年_____月，共_____年_____月 8. 目前從事_____，起始日期：_____年_____月，受僱日期：_____年_____月_____日 9. 過去一個月平均每週工時為：_____小時；過去六個月平均每週工時為：_____小時。	
	您是否曾患有下列慢性疾病：（請在項目前打勾） <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 白內障 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 慢性氣管炎、肺氣腫 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 聽力障礙 <input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍、胃炎 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 手術開刀 <input type="checkbox"/> 其他慢性病：_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無				您近三個月是否常有下列症狀：（請在項目前打勾） <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咳痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 耳鳴 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 上背痛 <input type="checkbox"/> 下背痛 <input type="checkbox"/> 手腳麻痛 <input type="checkbox"/> 關節疼痛 <input type="checkbox"/> 排尿不適 <input type="checkbox"/> 多尿、頻尿 <input type="checkbox"/> 手腳肌肉無力 <input type="checkbox"/> 體重減輕 3 公斤以上 <input type="checkbox"/> 其他症狀：_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無	
	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 3. 目前有哪些健康問題？請敘述： <input type="checkbox"/> 目前懷孕中（週數：_____） <input type="checkbox"/> 近一年內有生產 <input type="checkbox"/> 計畫懷孕 <input type="checkbox"/> 以上皆無					

