

國立體育大學學生健康資料卡

檢查日期： 年 月 日

學生基本資料	姓名	學號		入學日期		相片黏貼處
	系所班級	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			學生本人行動電話		
	現住地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：				
	緊急聯絡人、監護人或附近親友	姓名	電話(家)	電話(公)	關係	
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"/> 詳如病歷摘要
	<input type="checkbox"/> 1.無	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____			
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核	<input type="checkbox"/> 9.血友病	<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____			
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症	<input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____			
	<input type="checkbox"/> 4.肝炎	<input type="checkbox"/> 11.關節炎	<input type="checkbox"/> 18.其他：_____			
	<input type="checkbox"/> 5.氣喘	<input type="checkbox"/> 12.糖尿病				
	<input type="checkbox"/> 6.腎臟病	<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____				
	<input type="checkbox"/> 7.癲癇	<input type="checkbox"/> 14.癌症：_____				
	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_____					
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"/> 每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> 不足7小時 <input type="checkbox"/> 時常失眠					
	2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> 都不吃 <input type="checkbox"/> 有時吃，吃_____天 <input type="checkbox"/> 每天吃：(9點前吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；9點後吃： <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，累計1天至少10分鐘有幾天？ <input type="checkbox"/> 0天 <input type="checkbox"/> 1天 <input type="checkbox"/> 2天 <input type="checkbox"/> 3天 <input type="checkbox"/> 4天 <input type="checkbox"/> 5天 <input type="checkbox"/> 6天 <input type="checkbox"/> 7天					
	4. 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？ <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 已戒除 <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 有時喝酒 <input type="checkbox"/> 每天喝酒(<input type="checkbox"/> 2杯以上、 <input type="checkbox"/> 1杯、 <input type="checkbox"/> 不到1杯) <input type="checkbox"/> 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330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml。					
	6. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？ <input type="checkbox"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 已戒除					
	7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常					
	8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常					
	9. 過去7天內，你多久排便一次？ <input type="checkbox"/> 每天至少一次 <input type="checkbox"/> 兩天 <input type="checkbox"/> 三天 <input type="checkbox"/> 四天以上					
	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"/> 不到2小時 <input type="checkbox"/> 約2-4小時 <input type="checkbox"/> 約4小時以上，_____小時					
	11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> 0次 <input type="checkbox"/> 1次 <input type="checkbox"/> 2次 <input type="checkbox"/> 3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"/> 每半年一次 <input type="checkbox"/> 每年一次 <input type="checkbox"/> 一年以上 <input type="checkbox"/> 從來沒有					
13. 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 嚴重 <input type="checkbox"/> 不知道/拒答						
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					
	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）				
一般及理學檢查					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	□無明顯異常		□辨色力異常 □其他_____		
耳鼻喉	□無明顯異常		聽力異常：□左 □右 □疑似中耳炎，如：□耳膜破損 □扁桃腺腫大 □耳聾堵塞 □其他_____		
頭頸	□無明顯異常		□斜頸 □異常腫塊 □其他_____		
胸腔及外觀	□無明顯異常		□心肺疾病 □胸廓異常 □其他_____		
腹部	□無明顯異常		□異常腫大 □其他_____		
脊柱四肢	□無明顯異常		□脊柱側彎 □肢體畸形 □青蛙肢（蹲距困難） □其他_____		
皮膚	□無明顯異常		□癬 □疥瘡 □疣 □異位性皮膚炎 □溼疹 □其他_____		
口腔	□無明顯異常		未治療齲齒：□0.無 □1.有 缺牙（因齲齒拔除）：□0.無 □1.有 已矯治牙齒：□0.無 □1.有 牙齦炎※：□0.無 □1.有 牙結石※：□0.無 □1.有 □口腔衛生不良 □咬合不正 □其他		
總評 建議	□無明顯異常 □有異狀，需接受_____科醫師診治 □其他建議：_____			承辦檢查醫院簽章	
實驗室檢查					
尿液	尿蛋白：	酮體：	尿糖：	潛血：	酸鹼值：
血液常規	白血球 WBC：_____		$\times 10^3/\mu\text{L}$	平均血球容積：_____ fl	
	紅血球 RBC：_____		$\times 10^6/\mu\text{L}$	血球容積比：_____ %	
	血色素 Hb：_____ g/dl		飯前血糖	mg/dL	血小板：_____ $\times 10^3/\mu\text{L}$
肝功能	麩草醋酸轉胺酶（GOT）：		U/L	麩丙酮酸轉胺酶（GPT）：	
肝炎	B 型肝炎表面抗原：		B 型肝炎表面抗體 HbsAb：	B 型肝炎 e 抗原 HbeAg：	
腎功能	血尿素氮：_____ mg/dl		肌酐酸：_____ mg/dl	尿酸：_____ mg/dl	
血脂肪	總膽固醇：_____ mg/dl	三酸甘油酯：_____ mg/dl	高密度脂蛋白膽固醇：_____ mg/dl	低密度脂蛋白膽固醇：_____ mg/dl	
胸部 X 光檢查	檢查日期：	檢查結果：			靜態心電圖
		□無明顯異常 □疑似肺結核病徵 □肺結核鈣化 □胸廓異常 □肋膜腔積水 □脊柱側彎 □心臟肥大 □支氣管擴張 □其他_____			檢查結果： □無明顯異常 □其他_____
<ul style="list-style-type: none"> ● 務必加蓋醫院印章，否則視同無效 ● 醫生簽章： 					
矯治追蹤紀錄：□需要參加學校追蹤矯治詳如追蹤紀錄（或複查矯治、日期及備註）					