

大專校院校名 **正修科技大學** 學生健康資料卡(女生)

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：				相片黏貼處				
	緊急聯絡人、	關係	姓名	電話(家)	電話(公)				學生本人 E-mail	
監護人或 附近親友										

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.蠱豆症	<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？0. 無 1. 有 2. 不知道

領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡：0. 無 1. 有，類別：

領有身心障礙手冊：0. 無 1. 有，類別：，等級：1. 輕度 2. 中度 3. 重度 4. 極重度

特殊疾病現況或應注意事項：0. 無 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：0. 無 1. 有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____，2. 不知道

※ 請勾選最合適的選項：

<p>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</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>4. 過去一個月內，你吸菸/煙(包括傳統菸品、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)。</p> <p>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 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45ml。</p>	<p>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</p> <p>7. 常覺得憂鬱嗎？<input type="checkbox"/>沒有 <input type="checkbox"/>有時 <input type="checkbox"/>時常</p> <p>8. 常覺得焦慮嗎？<input type="checkbox"/>沒有 <input type="checkbox"/>有時 <input type="checkbox"/>時常</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>
--	---

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？非常好 好 一般 不好 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？非常好 好 一般 不好 非常不好

※ 目前有哪些健康問題？0. 無 1. 有，請敘述：_____；是否需學校協助：0. 否 1. 是

正修科技大學學生事務處衛生保健組基於「學生健康檢查」之目的，須蒐集您的姓名、身分證、全身檢查項目、疾病史等個人健康檢查資料，以在就學期間內，應教學、輔導、醫療之需要，並依學生健康檢查結果，施予健康指導，並辦理體格缺點矯治或轉介治療，提供給相關任課老師或相關單位追蹤輔導與關懷。各項資料如未完整提供，將無法完成健康檢查作業。

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	<input type="checkbox"/> 腰圍_____公分※								
血壓：_____/____mmHg	脈搏：_____次/分									
視力檢查	裸視：右眼_____左眼_____ 矯正視力：右眼_____左眼_____									
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_____								
胸部及外觀	<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	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：				承辦檢查醫院簽章					
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	尿蛋白 (+)(-)				腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)				
	尿糖 (+)(-)					尿酸 (mg/dl)				
	潛血 (+)(-)					血尿素氮 (mg/dl)※				
	酸鹼值				血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)				
血液常規檢查	血色素 (g/dl)				肝功能檢查	SGOT(AST) (U/L)				
	白血球 (10 ³ /μL)					SGPT(ALT) (U/L)				
	紅血球 (10 ⁶ /μL)				血清免疫學	B型肝炎表面抗原△				
	血小板 (10 ³ /μL)					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"/> 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									

※：學校自選項目 △：學生健康檢查實施辦法中視需要而辦理之項目