

東吳大學學生健康資料卡

學號	
----	--

系/級/班	
-------	--

外雙溪校區 城中校區(以下資料請正楷詳填)

學生基本資料	入學日期	年 月	學制(複選)	<input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修部 <input type="checkbox"/> 學位學程 <input type="checkbox"/> 學士班 <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 博士班			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：													
	E-mail														
	緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話									
監護人或附															
近親友															

相片黏貼處

健康基本資料	個人疾病史：勾選您本人曾患過的疾病						特殊疾病現況或應注意事項 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 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要
	<input type="checkbox"/> 1.無	<input type="checkbox"/> 7.癲癇	<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：				
	<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.蠱豆症	<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：				
	<input type="checkbox"/> 5.氣喘(15歲後仍有發作)	<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

家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____

※目前有哪些健康問題？請敘述：

生活型態及自我健康評估	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	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
	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	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
※ 請勾選最合適的選項：	11. 月經情況(女生回答)	11. 月經情況(女生回答)
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	(1)初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，初經年齡：____歲	(1)初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，初經年齡：____歲
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)	(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)	(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. 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	(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	(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
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	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	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
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)	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	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
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	14. 本次健檢是否空腹至少6小時(含6小時)？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	14. 本次健檢是否空腹至少6小時(含6小時)？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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	15. 如您是女性，本次接受體檢時，是否為生理期間？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	15. 如您是女性，本次接受體檢時，是否為生理期間？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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		

告知事項

東吳大學依學校衛生法規定辦理學生健康檢查，本資料僅供健康暨諮商中心健康檢查業務使用。學生之健康資料卡將存放於健諮中心，電子記錄則存放於本校及本學年承檢醫院，保存期滿後銷毀。另，配合教育部「大專校院學生健康資訊系統建置及健康資料分析」計畫，各項體檢結果將去個別化後進行分類統計，數據將做為政府政策分析與本校衛生教育之用(詳細內容請見本中心網頁 <http://webbuilder.scu.edu.tw/新生體檢>)。 ※本人已詳細閱讀並了解健康暨諮商中心將依個資法規範，在合法使用目的及範圍內，收集、使用及處理本人所提供之相關資料。

立書人簽名(未滿20歲由代理人簽名)：

學 號		姓 名		系(所)	年	班												
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：	cm	體重：	kg	腰圍	cm													
血壓：①	/	mmHg	脈搏：	次/min	②	/	mmHg 脈搏： 次/min											
視力檢查	裸視：左眼	右眼	矯正視力：左眼	右眼														
辨色力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 辨色力異常	<input type="checkbox"/> 其他															
聽力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 左耳聽力弱	<input type="checkbox"/> 右耳聽力弱															
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<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	<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"/> 青蛙肢(蹲距困難) <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	檢查代碼	C-齲齒	X-缺牙	△-已矯治	φ-阻生牙	Sp.-贅生牙	牙醫師簽章											
	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 _____ 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	尿糖 (+)(-)			代謝症候群檢查	總膽固醇 (mg/dl)													
	尿蛋白 (+)(-)				三酸甘油酯													
	潛血 (+)(-)				高密度膽固醇													
	酸鹼值				低密度膽固醇													
血液常規檢查	血色素 (g/dl)			腎功能檢查	血糖													
	白血球 (10 ³ /μL)				糖化血色素(血糖 160 以上加做)													
	紅血球 (10 ⁶ /μL)				肌酸酐 (mg/dl)													
	血小板 (10 ³ /μL)			尿酸 (mg/dl)														
	平均血球容積 MCV (fl)			血尿酸氮 (mg/dl) ※														
肝功能檢查	血球容積比 Hct (%) ※			血清免疫學	B 型肝炎表面抗原													
	麩胺酸草醋酸轉胺酶				B 型肝炎表面抗體													
	麩胺酸丙酮酸轉胺酶				E 抗原(S 抗原陽性者加做)													
胸部 X 光檢查	<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"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 其他						X 光檢號											
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																	