

國立臺灣科技大學學生健康資料卡

※本頁之個人資料，請事先詳細填寫完整，並務必於體檢當天帶至學校或醫療院所參加體檢

學 號		身分證字號				血 型	
姓 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期	年	月	日	
科別系所	_____系 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士 _____班 <input type="checkbox"/> 二技在職班 <input type="checkbox"/> 碩士在職專班 <input type="checkbox"/> 博士在職專班						
聯絡住址							
聯絡方式	通訊電話：_____ 行動電話：_____		E-mail：_____ 實驗室分機()知道請填寫				
緊急聯絡人	姓名	關係	電話				
	行動電話	1.	2.				
未滿18歲須將體檢報告通知家長或監護人，請提供其手機_____，將發送簡訊至網頁連結查詢。 您是否接受上網查詢報告服務？ <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 學生簽名： _____							
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"/> 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.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：_____						特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要
	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"/> 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，吃_____天 <input type="checkbox"/> ③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"/> ①0天 <input type="checkbox"/> ②1天 <input type="checkbox"/> ③2天 <input type="checkbox"/> ④3天 <input type="checkbox"/> ⑤4天 <input type="checkbox"/> ⑥5天 <input type="checkbox"/> ⑦6天 <input type="checkbox"/> ⑧7天 4.過去一個月內，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"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②有時吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> 傳統菸品 <input type="checkbox"/> 電子煙 <input type="checkbox"/> 加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ③每天吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> 傳統菸品 <input type="checkbox"/> 電子煙 <input type="checkbox"/> 加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ④已戒除 5.過去一個月內，喝酒情形？ <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②有時喝酒 <input type="checkbox"/> ③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45 ml。 6.過去一個月內，嚼檳榔情形？ <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ④已戒除 7.常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常 8.常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常 9.過去7天內，你多久排便一次？ <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 10.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不到2小時 <input type="checkbox"/> ②約2-4小時 <input type="checkbox"/> ③約4小時以上，_____小時 11.你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> ①0次 <input type="checkbox"/> ②1次 <input type="checkbox"/> ③2次 <input type="checkbox"/> ④3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"/> ①每半年一次 <input type="checkbox"/> ②每年一次 <input type="checkbox"/> ③一年以上 <input type="checkbox"/> ④從來沒有 13.月經情況(女生回答)：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重 <input type="checkbox"/> ④不知道/拒答 14.若你有吸菸，是否有戒菸意願？ <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有						
	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？ <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，請敘述：_____ 是否需學校協助： <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是						
	1.為關照因特殊疾病不適劇烈運動之學生，依行政規定知會相關教師及人員以予協助。 2.基於公共利益為統計或學術研究之需要，去個人化之體檢資料將提供教育部做統計分析。						
	已閱讀並同意 學生簽名：_____						

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 體脂：_____ % 腰圍_____公分					
血壓：① _____ / _____ mmHg 脈搏：_____次/分 ② _____ / _____ mmHg 脈搏：_____次/分					
視力檢查	裸視：右眼_____ 左眼_____ 矯正視力：右眼_____ 左眼_____				
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_____			
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他_____			
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <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_____			
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	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"/> 矯治中) <input type="checkbox"/> 其他			
實驗室檢查項目		檢查結果		實驗室檢查項目	
尿液 檢查	尿糖 GLU		血液常 規檢查	白血球 WBC	
	尿蛋白 PRO			紅血球 RBC	
	潛血 OB			血色素 Hb	
	酸鹼值 PH			血小板 PLT	
腎功能	血中尿素氮 BUN			紅血球平均血色素濃度 MCHC	
	肌酸酐 CRE			紅血球平均血色素值 MCH	
	尿酸 UA			血球容積比 Hct	
肝功能	SGOT			血清 免疫學	B型肝炎表面抗原 HBsAg
	SGPT			B型肝炎表面抗體 Anti-HBs	
				血脂肪	B型肝炎 e 抗原 HBeAg
				總膽固醇 T-CHO	
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_____			醫師簽章
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	
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				