

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		相片黏貼處
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.癩癩 <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 <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已戒除 <input type="checkbox"/> ③有時吸菸 <input type="checkbox"/> ④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，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有 <input type="checkbox"/> ②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						
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。 3.未滿18歲，家長同意接受此表所列之健康檢查項目內容，體檢前家長未提出異議即視為同意。 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：左眼_____右眼_____		矯正視力：左眼_____右眼_____	
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： <input type="checkbox"/> 正常 異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <input type="checkbox"/> 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"/> 其他	
實驗室檢查項目		檢查結果		實驗室檢查項目	
檢查結果				檢查結果	
尿液檢查		尿糖 GLU		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 Plate	
腎功能		血中尿素氮 BUN (mg/dl)		紅血球平均血色素濃度 MCHC	
		肌酸酐 Cr. (mg/dl)		紅血球平均血色素值 MCH	
		尿酸 UA(mg/dl)		血球容積比 Hct	
肝功能		GOT (U/L)		平均血球容積 MCV	
		GPT (U/L)		B 型肝炎表面抗原 HBsAg	
血號				B 型肝炎表面抗體 HBsAb	
				B 型肝炎 e 抗原 HBeAg	
				C 型肝炎 HCV	
				血脂肪 總膽固醇 CHOL (mg/dl)	
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			