

# 國立彰化師範大學 學生健康資料卡

為協助學子能平安健康在校就讀，您同意本校應教學需要、輔導、醫療或法律規定而須提供健康檢查之資料予相關單位知悉之作法，同意，簽名\_\_\_\_\_；不同意，簽名\_\_\_\_\_

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											
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：										行動電話											
	緊急聯絡人、 監護人或 附近親友	關係	姓名	電話(家)	行動電話	學生本人																	

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"/> 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：_____																			

生活型態	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																					

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，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"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②已戒除 <input type="checkbox"/> ③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"/> 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，你喝酒情形？ <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，你嚼檳榔情形？ <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"/> 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，你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																					

自我健康評估	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																					
	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																					
	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）												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		<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																																																	
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		<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																																																	
牙齒位置圖		檢查代碼		C-齲齒 X-缺牙 Δ-已矯治 φ-阻生牙 Sp.-贅生牙																																																	
				<table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>														右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																					
右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																					
總評建議		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 <input type="checkbox"/> 其他建議：												承辦檢查醫院簽章																																							
														科醫師診治																																							
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 (+)(-)				血脂肪						總膽固醇 (mg/dl)																																									
		尿糖 (+)(-)				腎功能檢查						肌酸酐 (mg/dl)																																									
		潛血 (+)(-)										尿酸 (mg/dl)																																									
		酸鹼值										血尿素氮 (mg/dl)																																									
血液常規檢查		血色素 (g/dl)				肝功能檢查						麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)																																									
		白血球 (10 <sup>3</sup> /μL)										麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)																																									
		紅血球 (10 <sup>6</sup> /μL)				血清免疫學						B型肝炎表面抗原																																									
		血小板 (10 <sup>3</sup> /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																																																			