

南華大學學生健康資料卡中文版

										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											學生本人 E-mail	相片黏貼處 (由各校決定是否蒐集)									
	緊急聯絡人、 監護人或附近 親友	關係	姓名			電話(家)			電話(公)													

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：_____							
<input type="checkbox"/> 5. 氣喘	<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症	<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？ <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"/> 每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> 不足7小時 <input type="checkbox"/> 時常失眠									
	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)									
	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									
	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"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 已戒除 <input type="checkbox"/> 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"/> 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)。									
	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"/> f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"/> 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									
	7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> ，時常									
	8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> ，時常									
	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									
	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									
	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									
	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									
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										

自我健康評估	過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？ <input type="checkbox"/> 非常好 <input type="checkbox"/> ，好 <input type="checkbox"/> f一般 <input type="checkbox"/> m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"/> 非常好 <input type="checkbox"/> ，好 <input type="checkbox"/> f一般 <input type="checkbox"/> m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：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"/> 蹲踞困難 <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							
口腔篩檢	<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							
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：		科醫師診治		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 (+) (-)				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	SGOT (U/L)			
	白血球 (103/ μ L)					SGPT (U/L)			
	紅血球 (106/ μ L)				血清免疫學	B型肝炎表面抗原			
	血小板 (103/ μ L)					B型肝炎表面抗體			
	平均血球容 (fl)				其他※				
	血球容積比 (%)								
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：			
		因 <input type="checkbox"/> 懷孕 <input type="checkbox"/> 三個月內做過胸部 X 光檢查，故拒作此項檢查，簽名：							
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								