

南華大學學生健康資料卡

健康編號：_____

報到時間：_____

學號

進食 生理期 懷孕 疑懷孕 體檢日期： 月 日

學生基本資料	入學日期	月 日	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	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：											
	緊急聯絡人、 監護人或 附近親友	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	學生本人 E-mail							

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：_____										

高度近視：目前左右任一眼有沒有近視大於500度？ 0.無 1.有 2.不知道

領有重大傷病(罕見疾病)證明卡，0.無 1.有，類別_____

領有身心障礙手冊， 0.無 1.有，類別_____等級：1.輕度 2.中度 3.重度 4.極重度

特殊疾病現況或應注意事項：0.無 1.有(請描述)：_____

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。

家族疾病史：0.無 1.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____，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，____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"/> ③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) <input type="checkbox"/> ④已戒除											
	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"/> a2杯以上、 <input type="checkbox"/> b1杯、 <input type="checkbox"/> c不到1杯) <input type="checkbox"/> ④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：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml。											
	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"/> 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每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> ③約4小時以上，____小時											
	11. 你通常一天刷幾次牙？ <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												

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											

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				
體重：_____公斤		身高：_____公分		腰圍_____公分		Recheck：_____公分			
血壓：_____ / _____ mmHg		脈搏：_____次/分		Recheck：_____ / _____ mmHg		脈搏：_____次/分			
視力檢查：裸視：右眼_____左眼_____		矯正視力：右眼_____左眼_____							
辨色力檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常									
聽力檢查：右 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____		左 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____							
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常_____							
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"/> 其它_____							
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____							
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	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_____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	
血液常規檢查	血色素 HB (g/dl)		異常註記	追蹤	肝功能	麩胺酸草酸轉換 SGOT (IU/L)			
	白血球 WBC (10 ³ /μL)				檢查	丙酮轉胺酵素 SGPT (IU/L)			
	紅血球 RBC (10 ⁶ /μL)				腎功能檢查	肌酸酐 Creatinine (mg/dl)			
	血小板 PLT (10 ³ /μL)					尿酸 UA (mg/dl)			
	平均血球容積比 MCV (fl)				糖尿病	血尿素氮 BUN (mg/dl)			
	血球容積比 Hct (%)					空腹血糖 GLU-AC (mg/dl)			
	平均紅血球血色素量 MCH(pg)				血脂肪	總膽固醇 CHOL (mg/dl)			
平均紅血球血色素濃度 MCHC(g/dl)				三酸甘油酯 TG (mg/dl)					
尿液檢查	尿糖 (+)(-)				血清	高密度膽固醇 HDLC (mg/dl)			
	尿蛋白 (+)(-)					低密度膽固醇 LDL-C (mg/dl)			
	尿潛血 (+)(-)				免疫學	B 型肝炎表面抗原 HBsAg			
	酸鹼值					B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs			
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					複查矯治、日期及備註：		
		<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_____					X 光編號		
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								
本人：_____（請簽名）同意參加南華大學由大林慈濟醫院承辦之新生健康檢查，健檢報告提供衛保組歸檔並做為健康管理/健康促進活動之參考。依據個人資料保護法等相關法令之規定，學校及醫院自本人取得之健檢資料，應盡維護資訊安全及資料保護之良善責任。									