

# 一貫道崇德學院學生健康資料卡

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			相片黏貼處	
	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)	行動電話				學生本人 E-mail		
<p>個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病</p> <p><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"/>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</p> <p>※ 請勾選最合適的選項：</p> <p>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（包括傳統菸品、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"/>④傳統菸品、<input type="checkbox"/>⑤電子煙、<input type="checkbox"/>⑥加熱式菸品等）<input type="checkbox"/>④每天吸菸（可複選：<input type="checkbox"/>④傳統菸品、<input type="checkbox"/>⑤電子煙、<input type="checkbox"/>⑥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"/>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"/>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，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      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</p> <p>自我健康評估</p> <p>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</p> <p>※ 目前有哪些健康問題？<input type="checkbox"/>0.無 <input type="checkbox"/>1.有，請敘述：_____；是否需學校協助：<input type="checkbox"/>0.否 <input type="checkbox"/>1.是</p>												

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"/> 盯瞞栓塞△ <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	
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 異常註記	追蹤	實驗室檢查項目	初查結果	檢查結果 異常註記	
尿液檢查	尿蛋白 (+) (-)			血脂肪 總膽固醇 (mg/dL)			
	尿糖 (+) (-)						
	潛血 (+) (-)						
	酸鹼值						
血液常規檢查	血色素 (g/dL)			肝功能檢查 SGOT(AST) (U/L) SGPT(ALT) (U/L)			
	白血球 ( $10^3/\mu\text{L}$ )						
	紅血球 ( $10^6/\mu\text{L}$ )						
	血小板 ( $10^3/\mu\text{L}$ )						
腎功能檢查	平均血球容積 MCV (fl)			血清免疫學 B型肝炎表面抗原△ B型肝炎表面抗體△			
	血球容積比 Hct (%)						
	※						
	肌酸酐 (mg/dL)						
胸部 X 光檢查	尿酸 (mg/dL)			其他※			
	血尿素氮 (mg/dL) ※						
臨時性檢查	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：	
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						轉介複查追蹤及備註

※：學校自選項目   △：學生健康檢查實施辦法中視需要而辦理之項目