

國立高雄大學 學生健康資料卡

(此頁請於健檢前自行填妥，並貼妥照片，攜帶至健檢會場 / 醫療院所受檢)

						學號		
入學日期	年 月	就讀系所				姓名		
出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血型				
行動電話	身分證字號							
戶籍地址								
現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：							
緊急聯絡人	關係	姓名	室內聯絡電話		行動電話			
健康基本資料	個人病史：請勾選或填寫曾患過之疾病						特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.詳如病歷摘要 <input type="checkbox"/> 2.說明如下：	
	<input type="checkbox"/> 1.無(未曾罹患下述各項疾病)		<input type="checkbox"/> 7.癲癇		<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.蠶豆症		<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：_____				
領有重大傷病證明卡： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，證明卡類別為：_____								
領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，身心障礙類別為：_____、 身心障礙等級為： <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								
若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，可提供就診病歷摘要(含疾病現況及應注意事項)，做為照護參考。								
家族病史：家族中是否有親屬罹患上述或重大遺傳性疾病，請敘述： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，親屬稱謂：_____，疾病名稱：_____								
生活型態	請勾選最合適之選項：							
	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，幾點吃？_____點							
	3.過去一個月內(不含假日及寒暑假)，若以每週至少運動3次，每次至少30分鐘為基準，心跳達每分鐘130下，您做到了嗎？ <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.沒有							
	4.過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> 1.不吸菸 <input type="checkbox"/> 2.時常吸菸 <input type="checkbox"/> 3.每天吸菸，菸量約_____支/天 <input type="checkbox"/> 4.已戒除							
	5.過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> 1.不喝酒 <input type="checkbox"/> 2.時常喝酒 <input type="checkbox"/> 3.每天喝酒，酒量約_____杯/天 <input type="checkbox"/> 4.已戒除 (1杯定義：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml)							
	6.過去一個月內，嚼食檳榔行為： <input type="checkbox"/> 1.不嚼食檳榔 <input type="checkbox"/> 2.時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 3.每天嚼檳榔，_____粒/天 <input type="checkbox"/> 4.已戒除							
	7.常覺得焦慮、憂慮： <input type="checkbox"/> 1.沒有 <input type="checkbox"/> 2.很少 <input type="checkbox"/> 3.時常							
	8.常覺得胸悶： <input type="checkbox"/> 1.沒有 <input type="checkbox"/> 2.很少 <input type="checkbox"/> 3.時常							
	9.常覺得胃痛： <input type="checkbox"/> 1.沒有 <input type="checkbox"/> 2.很少 <input type="checkbox"/> 3.時常							
	10.常覺得頭痛： <input type="checkbox"/> 1.沒有 <input type="checkbox"/> 2.很少 <input type="checkbox"/> 3.時常							
	11.月經情況(女生回答)：							
	(1)初次月經： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有，初經年齡_____歲(請填足歲年齡)							
(2)月經週期： <input type="checkbox"/> 1.≤20天 <input type="checkbox"/> 2.21-40天 <input type="checkbox"/> 3.≥41天 <input type="checkbox"/> 4.不規律(差異7天以上)								
(3)有無經痛現象： <input type="checkbox"/> 1.沒有 <input type="checkbox"/> 2.輕微 <input type="checkbox"/> 3.嚴重								
12.過去7天內，排便習慣： <input type="checkbox"/> 1.每天至少1次 <input type="checkbox"/> 2.兩天 <input type="checkbox"/> 3.三天 <input type="checkbox"/> 4.四天以上								
13.過去7天內(不含假日)，每日除了上課及功課需要之外，累積網路使用時間： <input type="checkbox"/> 1.每天少於1小時 <input type="checkbox"/> 2.每天約1-2小時 <input type="checkbox"/> 3.每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> 4.每天約4-5小時 <input type="checkbox"/> 5.每天約5小時或以上								
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.極好的 <input type="checkbox"/> 2.很好 <input type="checkbox"/> 3.好 <input type="checkbox"/> 4.普通 <input type="checkbox"/> 5.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.極好的 <input type="checkbox"/> 2.很好 <input type="checkbox"/> 3.好 <input type="checkbox"/> 4.普通 <input type="checkbox"/> 5.不好							
目前有那些健康問題，請敘述： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有：_____								

(請務必於健檢前貼妥照片)

健康檢查記錄表

全身檢查項目	檢查日期： 年 月 日													檢查醫事人員				
體格檢查	身高：	公分	體重：	公斤	腰圍：	公分	臀圍：	公分										
	血壓：	/	mmHg	Recheck：	/	mmHg	脈搏：	次/分										
視力檢查	裸視：左眼 右眼				矯正：左眼 右眼													
眼部檢查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 辨色力異常		<input type="checkbox"/> 其他異常													
耳鼻喉檢查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 聽力異常： <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳		<input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如耳膜破損		<input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大		<input type="checkbox"/> 盯聾栓塞		<input type="checkbox"/> 其他							
頭頸部檢查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 斜頸		<input type="checkbox"/> 異常腫塊		<input type="checkbox"/> 其他異常											
胸部檢查	<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"/> 其他異常		本人同意此兩項目在校檢查， 簽名：_____									
腹部檢查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 異常腫大		<input type="checkbox"/> 其他異常													
脊柱四肢檢查	<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(蹲踞困難)		<input type="checkbox"/> 其他異常									
泌尿生殖檢查	<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"/> 其他異常											
皮膚檢查	<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"/> 濕疹		<input type="checkbox"/> 其他異常					
口腔檢查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良		<input type="checkbox"/> 牙結石		<input type="checkbox"/> 牙齦炎		<input type="checkbox"/> 牙周炎		<input type="checkbox"/> 齒列咬合不正							
			<input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常		<input type="checkbox"/> 其他													
牙齒檢查	右								左									
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
檢查代碼：C-齲齒、X-缺牙、Δ-已矯治、ψ-阻生牙、Sp.-贅生牙																		
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常													承辦檢查醫院簽章				
	<input type="checkbox"/> 有異常，(1)體育課需注意： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (2)須接受_____科醫師診治 * 其他建議：																	
實驗室檢查		初查 結果	檢查結果		實驗室檢查				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				腎功能 檢查	血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)											
	尿糖					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	肝功能	麩胺酸草醋酸轉胺酶(U/L)											
	白血球 (10 ³ /uL)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶(U/L)												
	紅血球 (10 ⁶ /uL)				血清 免疫學	B 型肝炎表面抗原												
	血小板 (10 ³ /uL)					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：													複查矯治、日期及備註				
	<input type="checkbox"/> 無明顯異狀 <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"/> 其他																	
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	B 肝疫苗注射：施打日期_____													醫師簽章				
	Allergy Hx () HBV vaccine dose 1 () 其他_____																	
健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄																		