

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	☐ 男 ☐ 女	血型		(請務必於健檢前貼妥照片)	
行動電話		身分證字號					
戶籍地址							
現居地址	☐ 同上 ☐ 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：	
	☐ 1.無(未曾罹患下述各項疾病) ☐ 7.癲癇 ☐ 13.心理或精神疾病：_____					☐ 0.無	
	☐ 2.肺結核 ☐ 8.紅斑性狼瘡 ☐ 14.癌症：_____					☐ 1.詳如病歷摘要	
	☐ 3.心臟病 ☐ 9.血友病 ☐ 15.海洋性貧血：_____					☐ 2.說明如下：	
	☐ 4.肝炎 ☐ 10.蠶豆症 ☐ 16.重大手術名稱：_____						
	☐ 5.氣喘 ☐ 11.關節炎 ☐ 17.過敏物質名稱：_____						
☐ 6.腎臟病 ☐ 12.糖尿病 ☐ 18.其他：_____							
領有重大傷病證明卡： ☐ 0.無 ☐ 1.有，證明卡類別為：_____							
領有身心障礙手冊： ☐ 0.無 ☐ 1.有，身心障礙類別為：_____、 身心障礙等級為： ☐ 1.輕度 ☐ 2.中度 ☐ 3.重度 ☐ 4.極重度							
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(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： ☐ 0.無 ☐ 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： ☐ 1.每日睡足 7 小時 ☐ 2.不足 7 小時 ☐ 3.時常失眠						
	2.過去 7 天內(不含假日)，早餐習慣： ☐ 1.都不吃 ☐ 2.有時吃，_____天 ☐ 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？ ☐ 1.有 ☐ 2.沒有						
	4.過去一個月內，吸菸行為： ☐ 1.不吸菸 ☐ 2.時常吸菸 ☐ 3.每天吸菸，菸量約_____支/天 ☐ 4.已戒除						
	5.過去一個月內，喝酒行為： ☐ 1.不喝酒 ☐ 2.時常喝酒 ☐ 3.每天喝酒，酒量約_____杯/天 ☐ 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： ☐ 1.不嚼食檳榔 ☐ 2.時常嚼檳榔 ☐ 3.每天嚼檳榔，_____粒/天 ☐ 4.已戒除						
	7.常覺得焦慮、憂慮： ☐ 1.沒有 ☐ 2.很少 ☐ 3.時常						
	8.常覺得胸悶： ☐ 1.沒有 ☐ 2.很少 ☐ 3.時常						
	9.常覺得胃痛： ☐ 1.沒有 ☐ 2.很少 ☐ 3.時常						
10.常覺得頭痛： ☐ 1.沒有 ☐ 2.很少 ☐ 3.時常							
11.月經情況(女生回答)：							
(1)初次月經： ☐ 1.無 ☐ 2.有，初經年齡_____歲 (請填足歲年齡)							
(2)月經週期： ☐ 1.≤20 天 ☐ 2.21-40 天 ☐ 3.≥41 天 ☐ 4.不規律(差異 7 天以上)							
(3)有無經痛現象： ☐ 1.沒有 ☐ 2.輕微 ☐ 3.嚴重							
12.過去 7 天內，排便習慣： ☐ 1.每天至少 1 次 ☐ 2.兩天 ☐ 3.三天 ☐ 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：							
☐ 1.每天少於 1 小時 ☐ 2.每天約 1-2 小時 ☐ 3.每天約 2-4 小時 ☐ 4.每天約 4-5 小時 ☐ 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： ☐ 1.極好的 ☐ 2.很好 ☐ 3.好 ☐ 4.普通 ☐ 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： ☐ 1.極好的 ☐ 2.很好 ☐ 3.好 ☐ 4.普通 ☐ 5.不好						
目前有那些健康問題，請敘述： ☐ 0.無 ☐ 1.有：_____							

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	☐ 無明顯異常 ☐ 辨色力異常 ☐ 其他異常																																																																														
耳鼻喉檢查	☐ 無明顯異常 ☐ 聽力異常： ☐ 左耳 ☐ 右耳 ☐ 疑似中耳炎，如耳膜破損 ☐ 扁桃腺腫大 ☐ 盯聾栓塞 ☐ 其他																																																																														
頭頸部檢查	☐ 無明顯異常 ☐ 斜頸 ☐ 異常腫塊 ☐ 其他異常																																																																														
胸腔及外觀檢查	☐ 無明顯異常 ☐ 心肺疾病 ☐ 胸廓異常 ☐ 其他異常														本人同意此兩項目在校檢查， 簽名：_____																																																																
腹部檢查	☐ 無明顯異常 ☐ 異常腫大 ☐ 其他異常																																																																														
脊柱四肢檢查	☐ 無明顯異常 ☐ 脊柱側彎 ☐ 肢體畸形 ☐ 蹲踞困難 ☐ 其他異常																																																																														
泌尿生殖檢查	☐ 無明顯異常 ☐ 未檢查 ☐ 包皮異常 ☐ 精索靜脈曲張 ☐ 其他異常																																																																														
皮膚檢查	☐ 無明顯異常 ☐ 癬 ☐ 疥瘡 ☐ 疣 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 濕疹 ☐ 其他異常																																																																														
口腔檢查	☐ 無明顯異常 ☐ 口腔衛生不良 ☐ 牙結石 ☐ 牙齦炎 ☐ 牙周炎 ☐ 齒列咬合不正 ☐ 口腔黏膜異常 ☐ 其他																																																																														
牙齒檢查	右 左 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <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>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> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																														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																	
	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	☐ 無明顯異常 ☐ 有異常，(1)體育課需注意： ☐ 否 ☐ 是 (2)須接受 _____ 科醫師診治 * 其他建議：														承辦檢查醫院簽章																																																																
實驗室檢查		初查結果	檢查結果 異常註記 追蹤		實驗室檢查		初查結果	檢查結果 異常註記 追蹤																																																																							
尿液檢查	尿蛋白				腎功能檢查	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	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																																																																
	☐ 無明顯異常 ☐ 疑似肺結核病徵 ☐ 肺結核鈣化 ☐ 胸廓異常 ☐ 肋膜腔積水 ☐ 脊柱側彎 ☐ 心臟肥大 ☐ 支氣管擴張 ☐ 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 肝疫苗接種：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 _____																																																																														