

國立高雄大學學生健康資料卡

(請雙面列印，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

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|------|--|-------|------------|------|-------------|------|---|-------|----|--|----------|--|--|--|--|
| 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 | | 生理性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 | 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： | | | | | | | | | | 相片黏貼處 | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------|--|--|---|--|
| 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. 蠱豆症 | <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"/> 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"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 有時喝酒 <input type="checkbox"/> 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杯的定義為啤酒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，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 | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | |
| 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"/> 疔 <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 <input type="checkbox"/> 其他建議：_____ | | | | 科醫師診治 | | | | | |
| | | | | | | 承辦檢查醫療院所簽章 | | | | | |
| 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 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 | | CREATININE (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(AST) (U/L) | | | |
| | | 白血球 ($10^3/\mu\text{L}$) | | | | | | SGPT(ALT) (U/L) | | | |
| | | 紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$) | | | | 血清 | | HBsAg△ | | | |
| | | 血小板 ($10^3/\mu\text{L}$) | | | | 免疫學 | | Anti-HBs△ | | | |
| | | 平均血球容積比 (f1) | | | | 其他※ | | | | | |
| | | 血球容積比 HcT (%) ※ | | | | | | | | | |
| 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： | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 個人資料保護法告知事項同意書 | | <p>※請同學掃描QR code並詳讀本校「個人資料保護法應告知事項」。</p> <p>本人(已滿18歲)已清楚瞭解本校蒐集、處理或利用本人個人資料之目的及用途。</p> <p><input type="checkbox"/>我已閱讀並接受「個人資料保護法應告知事項」同意書內容。</p> <p><input type="checkbox"/>我已閱讀，不接受「個人資料保護法應告知事項」同意書內容。</p> <p>立同意書本人：_____ 學號：_____</p> <p>如果學生本人未滿18歲者，請家長或監護人於下方務必簽名： 立同意書監護人(家長)：_____</p> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 中華民國 _____年____月____日 | |



