

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(若有下列疾病史，是否已超過一學期無須就醫追蹤治療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否)											
	<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_____			
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：				承辦檢查醫療院所簽章
		科醫師診治			
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
尿液檢查	尿蛋白 (+) (-)				血脂肪
	尿糖 (+) (-)				總膽固醇 (mg/dL)
	潛血 (+) (-)				腎功能檢查
	酸鹼值				CREATININE (mg/dL)
血液常規檢查	血色素 (g/dL)				尿酸 (mg/dL)
	白血球 ($10^3/\mu\text{L}$)				血尿素氮 (mg/dL) ※
	紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$)				肝功能檢查
	血小板 ($10^3/\mu\text{L}$)				SGOT(AST) (U/L)
	平均血球容積比 (f1)				SGPT(ALT) (U/L)
	血球容積比 HcT (%) ※				血清免疫學
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	※請同學掃描QR code並詳讀本校「個人資料保護法應告知事項」。 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。 <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。 <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。 立同意書本人：_____ 學號：_____				
	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)：_____				中華民國 _____年____月____日

