

# 國立臺灣海洋大學學生健康資料卡

填寫日期 Date:            年            月            日

學號		身分證字號		血型		相片黏貼處																					
姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期		年	月		日																				
系列系所	_____系(所) <input type="checkbox"/> 四年制 <input type="checkbox"/> 轉學生 <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 碩士在職班 <input type="checkbox"/> 博士班																										
連絡地址			電話																								
E-mail			行動電話																								
緊急聯絡人	姓名			關係																							
	電話			行動電話																							
過去病史	<p>※曾患下列疾病？請打勾。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1.無</td> <td><input type="checkbox"/>7.癲 癇</td> <td><input type="checkbox"/>13.心理或精神疾病：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2.肺結核</td> <td><input type="checkbox"/>8.紅斑性狼瘡</td> <td><input type="checkbox"/>14.癌症_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3.心臟病</td> <td><input type="checkbox"/>9.血友病</td> <td><input type="checkbox"/>15.海洋性貧血_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>4.肝 炎</td> <td><input type="checkbox"/>10.蠶豆症</td> <td><input type="checkbox"/>16.重大手術：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>5.氣 喘（三年內氣喘發作過）</td> <td><input type="checkbox"/>11.關節炎</td> <td><input type="checkbox"/>17.過敏物質名稱：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>6.腎臟病</td> <td><input type="checkbox"/>12.糖尿病_____型</td> <td><input type="checkbox"/>18.其 他：_____</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>特殊疾病或應注意事項_____</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> 1.無	<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：_____	<input type="checkbox"/> 5.氣 喘（三年內氣喘發作過）	<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_____型	<input type="checkbox"/> 18.其 他：_____	<input type="checkbox"/> 特殊疾病或應注意事項_____		
<input type="checkbox"/> 1.無	<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：_____																									
<input type="checkbox"/> 5.氣 喘（三年內氣喘發作過）	<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_____型	<input type="checkbox"/> 18.其 他：_____																									
<input type="checkbox"/> 特殊疾病或應注意事項_____																											
家族病史	<p>※請在家族患過的病史前打勾(括弧內請填寫家屬稱謂)。</p> <p><input type="checkbox"/>糖尿病(            ) <input type="checkbox"/>血友病(            ) <input type="checkbox"/>其他? _____ (            )</p> <p><input type="checkbox"/>高血壓(            ) <input type="checkbox"/>蠶豆症(            ) <input type="checkbox"/>何種癌症? _____ (            )</p>																										
生活型態	<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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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，_____支/天 <input type="checkbox"/>4.已戒除</p> <p>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，_____杯/天 <input type="checkbox"/>4.已戒除（1杯的定義：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml）</p> <p>6.過去一個月內，嚼檳榔：<input type="checkbox"/>1.不嚼檳榔 <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</p> <p>7.常覺得焦慮、憂鬱嗎？<input type="checkbox"/>1.沒有 <input type="checkbox"/>2.很少 <input type="checkbox"/>3.時常</p> <p>8.常覺得胸悶嗎？<input type="checkbox"/>1.沒有 <input type="checkbox"/>2.很少 <input type="checkbox"/>3.時常</p> <p>9.常覺得胃痛嗎？<input type="checkbox"/>1.沒有 <input type="checkbox"/>2.很少 <input type="checkbox"/>3.時常</p> <p>10.常覺得頭痛嗎？<input type="checkbox"/>1.沒有 <input type="checkbox"/>2.很少 <input type="checkbox"/>3.時常</p> <p>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                  (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</p> <p>12.排便習慣：過去7天內，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</p> <p>13.網路使用習慣：過去7天內(不含假日)每日除了上課及作功課需要之外，累積網路使用的時間？  <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</p>																										
自我健康評估	<p><input type="checkbox"/>領有重大傷病卡？類別_____，保險類別<input type="checkbox"/>全民健保<input type="checkbox"/>學生團體保險<input type="checkbox"/>其他_____</p> <p><input type="checkbox"/>領身心障礙手冊/殘障手冊？類別_____，等級<input type="checkbox"/>極重度 <input type="checkbox"/>重度 <input type="checkbox"/>中度 <input type="checkbox"/>輕度</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.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</p> <p>2.過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康狀況是？<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</p> <p>3.目前有那些健康問題？請詳述_____</p>																										
	<p>※您是否接受上網查詢報告服務？<input type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意</p> <p>※未滿20歲：1.父母已同意理學檢查「胸、腹部檢查」於校內進行檢查。                  2.須將體檢報告通知家長，請填寫寄件地址：_____</p> <p>※女性請填寫：本人確定無懷孕，接受X光檢查。<input type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意</p> <p><b>*此次體檢【可進食】，避免高醣、高蛋白、太油膩之飲食。</b></p>																										
<p>上述資料無誤後簽名：_____</p>																											

# 健康檢查紀錄表

## Health Examination Record

粗框內資料請詳細填寫

學號 Student Id No.		姓名 Name		科別系所 Department															
檢查日期 Date		年 Year		月 Mon		日 Day													
檢查項目 Item		檢查結果 Results Of Exam.																	
一 般 檢 查  General Exam.	體格 Build	身高 Height cm		體重 Weight kg		腰圍 Waist cm													
	血壓 Blood pressure	1. / mmHg		2. / mmHg		體脂肪 FAT% :													
	視力 Vision	裸視 Naked eye	右/R:		矯正 Corrected		右/R:												
			左/L:				左/L:												
	辨色力 Color Blindness	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____																	
聽力 Hearing Test	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 右耳/R 異常 Abnormal _____ <input type="checkbox"/> 左耳/L 異常 Abnormal _____																		
口腔 Oral Cavity		<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"/> 殘留乳牙 <input type="checkbox"/> 其他 _____																	
牙齒位置圖 檢查代碼 C-齶齒 Dental Cavities X-缺牙 Anodontia Δ-已矯治 Corrected ϕ-阻生牙 Hinder Sp.-贅生牙																			
右 上		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左 上	
右 下		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左 下	
理 學 檢 查  Physical Exam.	耳 部 Ear		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 Tonsil Enlargement <input type="checkbox"/> 其他 Other _____																
	頭 頸 & Neck	斜 頸 Torticollis	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____																
		異常腫塊 Abnormal Mass	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____																
		甲 狀 腺 Thyroid Gland	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____																
	胸 腔 及 外 觀 Chest	心肺疾病 Cardiac and Pulmonary disease	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal    心跳 Pulse Rate _____次/分(times/rate) <input type="checkbox"/> 心雜音 Heart murmur <input type="checkbox"/> 心律不整 Cardiac arrhythmia <input type="checkbox"/> 其他 Other _____																
		胸廓異常 Abnormal Thorax	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 氣喘 Asthma <input type="checkbox"/> 其他 Other _____																
	腹 部 Abdomen		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 Splenohepatomegoly <input type="checkbox"/> 其他 other _____																
	脊柱四肢 Spine & Limb		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 肢體畸形 Limb deformity <input type="checkbox"/> 蹲踞困難 Difficulty squatting <input type="checkbox"/> 其他 Other _____																
皮 膚 Skin		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____																	
其 他 Other		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____																	
尿液檢查 Urinalysis		肝炎 Hepatitis		血液檢查 Complete Blood Count		血脂肪檢查 Blood fat test													
尿蛋白 Protein		HBsAg		白血球 WBC	10 <sup>3</sup> /uL	三酸甘油酯 Trilycerd	mg/dL												
尿 糖 Sugar		HBsAb		紅血球 RBC	10 <sup>6</sup> /uL	膽固醇 Cholesterol	mg/dL												
酸鹼值 PH		HBeAg		MCV	fL	HDL	mg/dL												
尿潛血 OB		肝 功 能 Liver Function		血紅素 Hb	g/uL	腎 功 能 Renal function													
一氧化碳 CO (吸菸者檢測)		SGOT(AST)	U/L	血小板 Platelet	10 <sup>3</sup> /uL	肌酐酸 Cr	mg/dL												
血 號		SGPT(ALT)	U/L	血 糖 PC Sugar	mg/dL	尿 酸 UA	mg/dL												
體格缺點及建議 Physical defects and suggestions:																			
矯治追蹤記錄 Records of treatment				胸部 X 光攝影 Chest Radiograph															
				<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____															
特殊記載 Remarks				醫師簽章 Doctor's Signature															