

# 國立臺灣海洋大學學生健康資料卡

填寫日期：

年 月 日

學號		姓名		身分證字號		血型	
系所	系(所) <input type="checkbox"/> 轉學生 <input type="checkbox"/> 日間學士 <input type="checkbox"/> 進修學士 <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 碩士專班 <input type="checkbox"/> 博士班			出生日期	年 月 日		
				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
聯絡地址					電話		
E-mail					行動電話		
緊急聯絡人姓名		關係		電話	行動電話		
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.蠶豆症		<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"/> 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，吃_____天 <input type="checkbox"/> ③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"/> ①0 天 <input type="checkbox"/> ②1 天 <input type="checkbox"/> ③2 天 <input type="checkbox"/> ④3 天 <input type="checkbox"/> ⑤4 天 <input type="checkbox"/> ⑥5 天 <input type="checkbox"/> ⑦6 天 <input type="checkbox"/> ⑧7 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"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②有時喝酒 <input type="checkbox"/> ③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 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml。						
	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						
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						
	3. 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						
※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.體檢報告將通知家長，請填寫寄件地址：_____							
※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							
上述資料無誤後簽名：							

# 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			
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)：		BMI：	
*血壓：1.          /          mmHg		2.          /          mmHg		*脈搏：		體脂肪%：	
*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 <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <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"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 濕疹 <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：		(吸菸者檢測) 一氧化碳 CO	
總評建議		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 無明顯異常有異狀，須接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：				承辦檢查醫療院所簽章	
實驗室檢查項目		檢查結果		實驗室檢查項目		檢查結果	
尿液檢查	*尿蛋白	(+)(-)		腎功能檢查	*肌酸酐 Cr.	mg/dL	
	*尿糖	(+)(-)			*尿酸 UA	mg/dL	
	*尿潛血 OB	(+)(-)		血脂肪檢查	*總膽固醇	mg/dL	
	*酸鹼值 PH				*三酸甘油酯	mg/dL	
血液檢查	*血色素 Hb	g/dL		*HDL	mg/dL		
	*白血球 WBC	10 <sup>3</sup> /uL		肝功能檢查	*SGOT(AST)	U/L	
	*紅血球 RBC	10 <sup>6</sup> /uL			*SGPT(ALT)	U/L	
	*血小板 Platelet	10 <sup>3</sup> /uL		血清免疫學檢查	HBsAg		
	*平均血球容積比 MCV	fL			HBsAb		
*血糖 <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> AC	mg/dL		HBeAg				
*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"/> 其他：_____				
				<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			
矯治追蹤紀錄 Records of treatment				特殊記載 Remrks			