

# 國立嘉義大學學生健康資料卡

校區： 蘭潭  新民  民雄

學士  碩士  博士  復學  轉學

進修學士  碩士專班

流水編號：\_\_\_\_\_

進食  生理期  懷孕  疑懷孕 檢查日期： 月 日 報到時間：\_\_\_\_\_

學生基本資料	姓名				系所、班(組)別				學號						
	出生日期	年	月	日	血型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號						
	戶籍地址									本人行動電話					
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：													
	緊急聯絡人 (務必填寫兩位)	關係	姓名	電話(家)	行動電話	職業	相片黏貼處								
	緊急聯絡人1														
緊急聯絡人2															
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"/> 7. 癩癩 <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____										特殊疾病現況或應注意事項(請說明如下)：				
	<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. 重大手術名稱：_____														
	<input type="checkbox"/> 5. 氣喘 <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 <input type="checkbox"/> 18. 其他：_____															
領有重大傷病證明卡， <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 有，類別_____															
領有身心障礙手冊， <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 有，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															
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，以作為照護參考															
家族疾病史： <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____															
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										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				
	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										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				
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										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					
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										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					
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)										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					
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										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					
7. 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										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					
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. 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														
	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. 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														
※ 目前有哪些健康問題？ <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 有，請敘述：															
備註	※ 為應教學、輔導、醫療之需要，本份資料 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，給導師及特定業務相關人員查詢。														
	簽名：_____														

全身檢查項目		檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請✓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		Recheck：_____/_____/_____mmHg				脈搏：_____次/分									
視力檢查：裸視：右眼_____左眼_____		矯正：右眼_____左眼_____															
辨色力檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常																	
聽力檢查：右 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____		左 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____															
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常_____															
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<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_____															
胸腔及外觀檢查	<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_____															
		本人同意於校內參加此項檢查，簽名：_____															
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____															
		本人同意於校內參加此項檢查，簽名：_____															
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"/> 青蛙肢（蹲距困難） <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"/> 疣 <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	<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"/> 其他_____															
牙齒位置圖		檢查代碼		C-齶齒		X-缺牙		△-已矯治		φ-阻生牙		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
胸部 X光檢查	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"/> 其他_____										複查矯治、日期及備註： X光編號						
		因 <input type="checkbox"/> 懷孕，暫無法施行此項檢查，簽名：_____，生產後請補交報告至健康中心															
實驗室檢查項目		初查	檢查結果			實驗室檢查項目		初查	檢查結果								
		結果	異常	註記	追蹤			結果	異常	註記	追蹤						
血液常規檢查	血色素 Hb (g/dl)					血脂肪	總膽固醇 CHOL (mg/dl)										
	白血球 WBC (10 <sup>3</sup> /μL)					肝功能	麩胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT(U/L)										
	紅血球 RBC (10 <sup>6</sup> /μL)					檢查	麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT (U/L)										
	血小板 PLT (10 <sup>3</sup> /μL)					血清	B型肝炎表面抗原 HBsAg										
	血球容積比 HCT (%)					免疫學	B型肝炎表面抗體 Anti-HBs										
	平均血球容積 MCV (fl)					尿液	尿蛋白 U-PRO (+)(-)										
	平均血球血色素 MCH (pg)						尿糖 U-GLU (+)(-)										
平均血色素濃度 MCHC (g/dl)					尿潛血 U-OB (+)(-)												
腎功能檢查	肌酸酐 CREA (mg/dl)					酸鹼值 U-PH											
	尿酸 UA (mg/dl)					其他											
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																