

註一.有 1 年內體檢告者請填妥正面所有資料連同體檢報告交至全人村北棟 1 樓衛保組(聯絡電話 03-2652162)
 註二.若體檢排定時段與選修課衝突，請於體檢期間內自行選擇空堂時段受檢。

中原大學學生健康資料卡

										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				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		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：																										
	緊急聯絡人、		關係		姓名		電話(家)			電話(公)			行動電話																
	監護人或																												
	附近親友																												
健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病														特殊疾病現況或應注意事項														
	<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"/> 詳如病歷摘要														
	<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：_____																					
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別_____																													
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，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																													
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：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 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 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 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。 ★選②或③者必填： <input type="checkbox"/> 了解未來將會收到戒菸資源相關資訊 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 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml） 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														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 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 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 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 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"/> ②21-40 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 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 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														
性教育含愛滋防治問卷	1. 愛滋病毒主要是經由感染者的體液傳播，是不會經由未損傷的皮膚侵入人體。 <input type="checkbox"/> ①對 <input type="checkbox"/> ②錯 <input type="checkbox"/> ③不知道 2. 可能感染愛滋病毒的原因中，不安全性行為是最多人受感染的原因？ <input type="checkbox"/> ①對 <input type="checkbox"/> ②錯 <input type="checkbox"/> ③不知道 3. 您願意接受愛滋病感染者當您鄰居嗎？ <input type="checkbox"/> ①非常願意 <input type="checkbox"/> ②還算願意 <input type="checkbox"/> ③普通 <input type="checkbox"/> ④不大願意 <input type="checkbox"/> ⑤非常不願意 4. 當我懷疑感染性病或愛滋病時我會立刻尋求協助並就醫治療？ <input type="checkbox"/> ①一定會 <input type="checkbox"/> ②可能會 <input type="checkbox"/> ③普通 <input type="checkbox"/> ④不大會 <input type="checkbox"/> ⑤一定不會 5. 無避孕考量時，請問您與伴侶發生性行為時，願不願意全程使用保險套（使用保險套口訣：撕、捏、套、取、丟）？ <input type="checkbox"/> ①非常願意 <input type="checkbox"/> ②還算願意 <input type="checkbox"/> ③普通 <input type="checkbox"/> ④不大願意 <input type="checkbox"/> ⑤非常不願意																												
	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？請敘述： 若有心電圖及血液異常：轉知家長 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意（未滿 20 歲及碩博學生不需勾選）請簽名：_____																													

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			
身高：		公分		體重：		公斤		腰圍：		公分		BMI:		簽章					
視力檢查		裸 視：左眼_____ 右眼_____						血 壓		① _____ / _____ mmHg ② _____ / _____ mmHg									
		矯正視力：左眼_____ 右眼_____						脈 搏		_____ 次/分									
眼		<input type="checkbox"/> 無明顯異常		辨色力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 斜視：_____ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <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"/> 耳道畸型 <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"/> 心臟聽診異常 <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"/> 其他異常_____															
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"/> 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"/> 殘留乳牙 <input type="checkbox"/> 其他_____															
牙齒位置圖 檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 △-已矯治 ϕ-阻生牙 Sp-贅生牙																			
右 上 右 下																	左 上 左 下		
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27		28	
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
總評建議		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：														承辦檢查醫院簽章			
實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果		實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果											
			異常註記	追蹤				異常註記	追蹤										
尿液檢查		尿蛋白（+）（-）			腎功能檢查		肌酸酐（mg/dl）												
		尿糖（+）（-）			血脂肪檢查		尿酸（mg/dl）												
		潛血（+）（-）					總膽固醇（mg/dl）												
		酸鹼值					高密度膽固醇（mg/dl）												
血液常規檢查		血色素（g/dl）			肝功能檢查		低密度膽固醇（mg/dl）												
		白血球（10 ³ /μL）					三酸甘油脂（mg/dl）												
		紅血球（10 ⁶ /μL）					麩胺酸草醋酸轉胺酶（U/L）												
		血小板（10 ³ /μL）			其他	麩胺酸丙酮酸轉胺酶（U/L）													
		平均血球容積 MCV(fl)																	
		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"/> 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																	