

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、 監護人或 附近親友	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話				
個人疾病史: 勾選本人曾患過的疾病										
<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.肺結核 <input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 4.肝炎 <input type="checkbox"/> 5.氣喘										
<input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 10.蠶豆症										
<input type="checkbox"/> 11.關節炎 <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病: _____ <input type="checkbox"/> 14.癌症: _____ <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血: _____										
<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱: _____ <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱: _____ <input type="checkbox"/> 18.其他: _____										
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"/> 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"/> ④都不吃 <input type="checkbox"/> ①有時吃, 吃_____天 <input type="checkbox"/> ②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"/> ④0天 <input type="checkbox"/> ①1天 <input type="checkbox"/> ②2天 <input type="checkbox"/> ③3天 <input type="checkbox"/> ④4天 <input type="checkbox"/> ⑤5天 <input type="checkbox"/> ⑥6天 <input type="checkbox"/> ⑦7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"/> ④沒有 <input type="checkbox"/> ①有時 <input type="checkbox"/> ②時常									
	8. 常覺得焦慮嗎? <input type="checkbox"/> ④沒有 <input type="checkbox"/> ①有時 <input type="checkbox"/> ②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"/> ④0次 <input type="checkbox"/> ①1次 <input type="checkbox"/> ②2次 <input type="checkbox"/> ③3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? <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有, 請敘述: _____; 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		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"/> 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 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_____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		初查結果		實驗室檢查項目		初查結果		檢查結果		
		異常註記				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(+)(-)					尿酸(mg/dL)				
	潛血(+)(-)				肝功能檢查	SGOT(AST) (U/L)				
	酸鹼值					SGPT(ALT) (U/L)				
血液常規檢查	血色素(g/dL)				血脂肪檢查	總膽固醇(mg/dL)				
	白血球($10^3/\mu\text{L}$)									
	紅血球($10^6/\mu\text{L}$)				其他					
	血小板($10^3/\mu\text{L}$)									
	平均血球容積比 MCV(fl)									
	血球容積比 Hct(%)									
胸部 X光檢查	檢查日期		檢查結果：						複查矯治、日期及備註：	
			<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_____				
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									