

※生理期 是 否

國立高雄科技大學 (建工 燕巢 第一 楠梓 旗津)

學生健康資料卡

學號
Student
No.

學生基本資料	入學日期 Date of Entry	年 月	就讀系所、班(組)別 Dept./Institute/Class				姓名 Name			
	出生日期 Date of Birth	年 月 日 (yy)(mm)(dd)	血型 Blood Type	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男(M) <input type="checkbox"/> 女(F)	身分證字號 I.D. No				
	戶籍地址 Permanent address					學生本人行動電話 Cell phone No.(必填)				
	現居地址 Mailing address	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：								
緊急聯絡人、 監護人或附近 親友 Emergency contact	關係 Relationship	姓名 Name		電話(家) Phone (home)	電話(公) Phone (work)	行動電話 Cell phone No.				
健康基本資料	個人疾病史 Medical History: 勾選本人曾患過的疾病									特殊疾病現況或應注意事項 Details of particular item/s or other matters requiring attention <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要 Details given in the attached file.
	<input type="checkbox"/> 1. 無 None <input type="checkbox"/> 7. 癲癇 Epilepsy(2年內曾發作) <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病 Mental illness: _____ <input type="checkbox"/> 2. 肺結核 Tuberculosis <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 SLE(Lupus) <input type="checkbox"/> 14. 癌症 Cancer: _____ <input type="checkbox"/> 3. 心臟病 Heart disease <input type="checkbox"/> 9. 血友病 Hemophilia <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 Thalassemia: _____ <input type="checkbox"/> 4. 肝炎 Hepatitis <input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症 G6PD deficiency <input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱 Major surgery: _____ <input type="checkbox"/> 5. 氣喘 Asthma(2年內曾發作) <input type="checkbox"/> 11. 關節炎 Arthritis <input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱 Allergy to: _____ <input type="checkbox"/> 6. 腎臟病 Kidney disease <input type="checkbox"/> 12. 糖尿病 Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> 18. 其他 Other: _____									
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡, 類別(Holder of Catastrophic Illness Certificate - Category) _____ <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊, 類別(Holder of Physical/Mental Disability Manual - Category) _____ 等級(Level): <input type="checkbox"/> 極重度(very serious) <input type="checkbox"/> 重度(serious) <input type="checkbox"/> 中度(moderate) <input type="checkbox"/> 輕度(mild)									
	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 If you are being treated for or recovering from any of the above or some other disease, please inform the medical personnel and also provide your medical records for the healthcare professionals' references.									
家族疾病史 Family medical history: 患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 (relative with hereditary disease): _____, 疾病名稱 Name of disease _____										
生活型態	※ 請勾選最合適的選項 Tick the box that best describes your lifestyle: 1. 過去7天內(不含假日), 睡眠習慣 How much did you sleep during the past 7 days (not including weekends, or days off)? <input type="checkbox"/> ①每日睡足7小時≥7 hours a day <input type="checkbox"/> ②不足7小時<7 hours a day <input type="checkbox"/> ③時常失眠 I suffer from insomnia 2. 過去7天內(不含假日), 早餐習慣 How many days did you eat breakfast during the past 7 days (not including weekends, or days off)? <input type="checkbox"/> ①都不吃 Never <input type="checkbox"/> ②有時吃 Seldom: _____天(days) <input type="checkbox"/> ③每天吃, 幾點吃 Every day at? _____點 (time) 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 During the past month (not including weekends, days off, or winter or summer vacation), have you exercised three times a week, for at least 30 minutes each time, and achieving a heartbeat rate of 130 bpm each time?: <input type="checkbox"/> ①有 Yes <input type="checkbox"/> ②沒有 No 4. 過去一個月內, 吸菸行為 During the past month, did you smoke? <input type="checkbox"/> ①不吸菸 No <input type="checkbox"/> ②時常吸菸 Often <input type="checkbox"/> ③每天吸菸 Every day, _____支/天 cigarettes per day <input type="checkbox"/> ④已戒除 Quit 5. 過去一個月內, 喝酒行為 During the past month, did you drink alcohol? <input type="checkbox"/> ①不喝酒 No <input type="checkbox"/> ②時常喝酒 Often <input type="checkbox"/> ③每天喝酒 Every day, _____杯/天 glasses per day <input type="checkbox"/> ④已戒除 Quit (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 During the past month, did you chew betel quid? <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 No <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 Often <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 Every day, _____粒/天, quids per day <input type="checkbox"/> ④已戒除 Quit									
	7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎 Do you feel worried or depressed? <input type="checkbox"/> ①沒有 No <input type="checkbox"/> ②很少 Seldom <input type="checkbox"/> ③時常 Often 8. 常覺得胸悶嗎 Do you regularly feel chest discomfort? <input type="checkbox"/> ①沒有 No <input type="checkbox"/> ②很少 Seldom <input type="checkbox"/> ③時常 Often 9. 常覺得胃痛嗎 Do you regularly feel stomach discomfort? <input type="checkbox"/> ①沒有 No <input type="checkbox"/> ②很少 Seldom <input type="checkbox"/> ③時常 Often 10. 常覺得頭痛嗎 Do you regularly have headaches? <input type="checkbox"/> ①沒有 No <input type="checkbox"/> ②很少 Seldom <input type="checkbox"/> ③時常 Often 11. 月經情況(女生回答) Menstrual history (women only): (1) 初次月經 Your age at first menstruation: <input type="checkbox"/> ①無 Haven't begun menstruation yet <input type="checkbox"/> ②有, 初經年齡 Age at first period: _____歲 (2) 月經週期 Length of menstrual cycle? <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 irregular (差異7天以上) (3) 有無經痛現象 Do you have painful menstrual periods? <input type="checkbox"/> ①沒有 No <input type="checkbox"/> ②輕微 Light pain <input type="checkbox"/> ③嚴重 Severe pain 12. 排便習慣 Bowel habits: 過去7天內, 多久排便一次 During the past 7 days, how often did you defecate? <input type="checkbox"/> ①每天至少一次 At least once every day <input type="checkbox"/> ②兩天 Once in 2 days <input type="checkbox"/> ③三天 Once in 3 days <input type="checkbox"/> ④四天以上 Once in 4 or more days 13. 網路使用習慣 Internet use: 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 During the past seven days (not including weekends, or days off), how many hours did you use the internet every day, apart from when doing homework or in class? <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 In general, during the past month, would you say your health is? <input type="checkbox"/> ①極好的 Excellent <input type="checkbox"/> ②很好 Very good <input type="checkbox"/> ③好 Good <input type="checkbox"/> ④普通 Fair <input type="checkbox"/> ⑤不好 Poor 2. 過去一個月, 一般來說, 您認為您目前的心理健康是 In general, during the past month, would you say your mental health is? <input type="checkbox"/> ①極好的 Excellent <input type="checkbox"/> ②很好 Very good <input type="checkbox"/> ③好 Good <input type="checkbox"/> ④普通 Fair <input type="checkbox"/> ⑤不好 Poor									
	※ 目前有哪些健康問題? 請敘述: Do you currently have any health concerns? Please give details:									

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	自選項目： <input type="checkbox"/> 腰圍 公分																					
血壓：	/	mmHg	脈搏：	次/分																					
視力檢查	裸視：左眼			右眼			矯正視力：左眼			右眼															
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，如： <input type="checkbox"/> 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 Δ-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							
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 <input type="checkbox"/> 其他建議：															科醫師診治	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 (+)(-)						血脂肪		總膽固醇 (mg/dl)																
	尿糖 (+)(-)						腎功能檢查		肌酸酐 (mg/dl)																
	潛血 (+)(-)								尿酸 (mg/dl)																
	酸鹼值								血尿素氮 (mg/dl)※																
血液常規檢查	血色素 (g/dl)						肝功能檢查		麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)																
	白血球 (10 ³ /μL)								麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)																
	紅血球 (10 ⁶ /μL)						血清免疫學		B型肝炎表面抗原																
	血小板 (10 ³ /μL)								B型肝炎表面抗體																
	平均血球容積 MCV(fl)						其他																		
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 <input type="checkbox"/> 懷孕(生產結束必須補繳報告) <input type="checkbox"/> 三個月內做過胸部 X 光檢查(須提供檢查證明或報告)，故拒做此項檢查，簽名：															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																								
備註	1. 本資料為國立高雄科技大學專有之財產，非經當事人書面許可，不准透露或使用本資料，亦不准複印，複製或轉變成任何其他形式使用，並遵循本校資料保存與安全控管辦理。 2. 依據學校衛生法，本校為建立學生健康管理制，針對健康檢查結果，將進行特殊健康問題學生追蹤輔導管理，為應教學、輔導、醫療之需要，轉介給導師及特定業務相關人員，輔導期間自新生入學到畢業。 3. 健檢結果如有異常者，請儘速就醫治療，若患有傳染病如肺結核等疾病，應於治療病情控制後始得就學。																								