

萬能科技大學 學生健康資料卡

入學日期： 年 月

學制類別	<input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 研究所		系別/班級	系 年 班		
學 號	身分證號				血型	<input type="checkbox"/> 不詳
姓 名	性 別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期		年 月 日
未滿 20 歲須將體檢報告通知家長，家長行動電話：_____ 報告將透過此電話發送簡訊通知連結至網路查詢						
緊急聯絡人	①	緊急連絡人 手機	①	關係	學生手機	
	②		②		E-MAIL	
※此二項【胸腔及外觀檢查、腹部檢查】於校內進行，若家長不同意學生在校內進行胸腔、腹腔檢查，請至衛保組網頁下載填寫「萬能科技大學-理學檢查胸腹部不受檢聲明書」，體檢當日繳交不同意受檢聲明書，並自行帶至醫院檢查，於開學後二周內繳交此項檢查報告，該項目費用自理不另退費。 ※女性請填寫：本人確定無懷孕 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意接受 X 光檢查。 確認上述資料無誤請簽名：_____						
健康基本資料	※個人疾病史：勾選 2-18 項者請務必填寫右方特殊疾病概況 <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____			特殊疾病現況或應注意事項(請勾選) 1. <input type="checkbox"/> 已痊癒 2. 門診追蹤： <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 必要時才去 3. 門診多久一次： <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 4. 藥物治療： <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要 5. 服藥情形： <input type="checkbox"/> 每天服藥 <input type="checkbox"/> 症狀明顯，才需要服藥 6. 已了解疾病並可自我照顧： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 7. 需要校內資源協助(如護理衛教諮詢心理諮商等)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	<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 <input type="checkbox"/> 無						
※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 _____						
生活回顧	※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"/> 每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> 不足7小時 <input type="checkbox"/> 時常失眠 2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> 都不吃 <input type="checkbox"/> 有時吃，_____天 <input type="checkbox"/> 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"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 時常吸菸 <input type="checkbox"/> 每天吸菸，_____支/天 <input type="checkbox"/> 已戒除 5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 時常喝酒 <input type="checkbox"/> 每天喝酒，_____杯/天 <input type="checkbox"/> 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"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔，_____粒/天 <input type="checkbox"/> 已戒除 7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 11. 月經情況(女生回答)： (1)初次月經 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，初經年齡：_____歲 (2)月經週期？ <input type="checkbox"/> ≤20天 <input type="checkbox"/> 21-40天 <input type="checkbox"/> ≥41天 <input type="checkbox"/> 不規律(差異7天以上) (3)有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 嚴重 12. 排便習慣：過去7天內，多久排便一次？ <input type="checkbox"/> 每天至少一次 <input type="checkbox"/> 兩天 <input type="checkbox"/> 三天 <input type="checkbox"/> 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"/> 每天少於1小時 <input type="checkbox"/> 每天約1-2小時 <input type="checkbox"/> 每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> 每天約4-5小時 <input type="checkbox"/> 每天約5小時或以上					
	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					
自我健康評估	目前有哪些健康問題？請敘述：					

萬能科技大學 學生健康資料卡

入學日期： 年 月

學制類別	<input type="checkbox"/> 進修部 <input type="checkbox"/> 在職專班 <input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 碩士			系別/班級	系 年 班		
學 號	身分證號			血 型			<input type="checkbox"/> 不詳
姓 名	性 別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期		年 月 日	
未滿 20 歲須將體檢報告通知家長，家長行動電話：_____ 報告將透過此電話發送簡訊通知連結至網路查詢							
緊急聯絡人	①	緊急連絡人 手 機	①	關係	學生手機		
	②		②		E-MAIL		
※此二項【胸腔及外觀檢查、腹部檢查】於校內進行，若家長不同意學生在校內進行胸腔、腹腔檢查，請至衛保組網頁下載填寫「萬能科技大學-理學檢查胸腹部不受檢聲明書」，體檢當日繳交不同意受檢聲明書，並自行帶至醫院檢查，於開學後二周內繳交此項檢查報告，該項目費用自理不另退費。							
※女性請填寫：本人確定無懷孕 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意接受 X 光檢查。				確認上述資料無誤請簽名：_____			
健康基本資料	※個人疾病史：勾選 2-18 項者請務必填寫右方特殊疾病概況			特殊疾病現況或應注意事項(請勾選)			
	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____			1. <input type="checkbox"/> 已痊癒			
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核 <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 14.癌症：_____			2. 門診追蹤： <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 必要時才去			
<input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____			3. 門診多久一次： <input type="checkbox"/> __週 <input type="checkbox"/> __月 <input type="checkbox"/> __年				
<input type="checkbox"/> 4.肝炎 <input type="checkbox"/> 10.蠶豆症 <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____			4. 藥物治療： <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要				
<input type="checkbox"/> 5.氣喘 <input type="checkbox"/> 11.關節炎 <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____			5. 服藥情形： <input type="checkbox"/> 每天服藥 <input type="checkbox"/> 症狀明顯，才需要服藥				
<input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 <input type="checkbox"/> 18.其他：_____			6. 已了解疾病並可自我照顧： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別 _____			7. 需要校內資源協助(如護理衛教諮詢心理諮商等)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
<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 <input type="checkbox"/> 無							
※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 _____							
生活回顧	※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"/> 每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> 不足7小時 <input type="checkbox"/> 時常失眠						
	2.過去7天內(不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> 都不吃 <input type="checkbox"/> 有時吃，_____天 <input type="checkbox"/> 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"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有						
	4.過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 時常吸菸 <input type="checkbox"/> 每天吸菸，_____支/天 <input type="checkbox"/> 已戒除						
	5.過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 時常喝酒 <input type="checkbox"/> 每天喝酒，_____杯/天 <input type="checkbox"/> 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"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔，_____粒/天 <input type="checkbox"/> 已戒除						
	7.常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常						
	8.常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常						
	9.常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常						
	10.常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常						
	11.月經情況(女生回答)：						
	(1)初次月經 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，初經年齡：_____歲						
(2)月經週期？ <input type="checkbox"/> ≤20天 <input type="checkbox"/> 21-40天 <input type="checkbox"/> ≥41天 <input type="checkbox"/> 不規律(差異7天以上)							
(3)有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 嚴重							
12.排便習慣：過去7天內，多久排便一次？ <input type="checkbox"/> 每天至少一次 <input type="checkbox"/> 兩天 <input type="checkbox"/> 三天 <input type="checkbox"/> 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"/> 每天少於1小時 <input type="checkbox"/> 每天約1-2小時 <input type="checkbox"/> 每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> 每天約4-5小時 <input type="checkbox"/> 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？請敘述：							

姓名		學號		系所	年	班											
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：①	/	mmHg	脈搏： 次/分	②	/	mmHg 脈搏： 次/分											
視力檢查	裸視：左眼		右眼		矯正視力：左眼	右眼											
聽力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 左耳聽力弱	<input type="checkbox"/> 右耳聽力弱	<input type="checkbox"/> 其他													
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	<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"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他異常腫塊） <input type="checkbox"/> 其他															
胸腔及外觀	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢	<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 心肺疾病（ <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其他心肺疾病															
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢	<input type="checkbox"/> 腹部異常腫大 <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															
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	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"/> 其他建議： <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受					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									
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)		異常註記	追蹤	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)											
血液常規檢查	酸鹼值				肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)											
	血色素 (g/dl)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)											
	白血球 (10 ³ /μL)				血清免疫學	B型肝炎表面抗原											
	紅血球 (10 ⁶ /μL)					B型肝炎表面抗體											
	血小板 (10 ³ /μL)				其他												
	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																