

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

健康編號：_____

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)	電話(公)	行動電話	學生本人E-mail		
	緊急聯絡人1								
緊急聯絡人2									

個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病

1.無 2.肺結核 3.心臟病 4.肝炎 5.氣喘 6.腎臟病 7.癲癇 8.紅斑性狼瘡 9.血友病 10.蠶豆症 11.關節炎 12.糖尿病 13.心理或精神疾病： 14.癌症： 15.海洋性貧血： 16.重大手術名稱： 17.過敏物質名稱： 18.其他：

高度近視：目前左右任一眼有沒有近視大於500度？ 0.無 1.有 2.不知道

領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡：0.無 1.有，類別

領有身心障礙手冊：0.無 1.有，類別等級：1.輕度 2.中度 3.重度 4.極重度

特殊疾病現況或應注意事項：0.無 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：0.無 1.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂，疾病名稱，2.不知道

※ 請勾選最合適的選項：

1. 過去7天內(不含假日)，睡眠習慣：
①每日睡足7小時 ②不足7小時 ③時常失眠

2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣： ①都不吃
①有時吃，天 ②每天吃，幾點吃？
 (9點前吃：是 否；9點後吃 是 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？ ①0天 ②1天 ③2天 ④3天 ⑤4天 ⑥5天 ⑦6天 ⑧7天

4. 過去一個月內，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？ ①不吸菸 ②有時吸菸(可複選：a 傳統菸品、b 電子煙、c 加熱式菸品等)
③每天吸菸(可複選：a 傳統菸品、b 電子煙、c 加熱式菸品等) ④已戒除

5. 過去一個月內，喝酒行為： ①不喝酒 ②有時喝酒
③每天喝酒(a 2杯以上、b 1杯、c 不到1杯) 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：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml。

6. 過去一個月內，嚼檳榔： ①不嚼檳榔 ②有時嚼檳榔 ③每天嚼檳榔 ④已戒除

7. 常覺得焦慮嗎？ ①沒有 ②有時 ③時常

8. 常覺得憂鬱嗎？ ①沒有 ②有時 ③時常

9. 排便習慣：過去7天內，多久排便一次？
①每天至少一次 ②兩天 ③三天 ④四天以上

10. 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？
①不到2小時 ②每天約2-4小時 ③約4小時以上，小時

11. 你通常一天刷幾次牙？ ①0次 ②1次 ③2次 ④3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？ ①每半年一次 ②每年一次 ③一年以上 ④從來沒有

13. 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？ ①沒有 ②輕微 ③嚴重 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？ ①非常好 ②好 ③一般 ④不好 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？ ①非常好 ②好 ③一般 ④不好 ⑤非常不好

※ 目前有哪些健康問題？請敘述：0.無 1.有，是否需學校協助：0.否 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			
體重：_____公斤		身高：_____公分		腰圍_____公分		Recheck：_____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 <input type="checkbox"/> 其他_____									
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_____							
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"/> 青蛙肢（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	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_____							
胸部 X 光檢查	檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常					複查矯治、日期及備註：			
	<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_____					X 光編號			
因 <input type="checkbox"/> 懷孕 <input type="checkbox"/> 其他_____，故拒做此項檢查，簽名：_____									
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 U-PRO (+)(-)				腎功能檢查	肌酸酐 CREA (mg/dl)			
	尿糖 U-GLU (+)(-)					尿素氮 BUN(mg/dl)			
	尿潛血 U-OB (+)(-)					尿酸 UA (mg/dl)			
	酸鹼值 U-PH				血脂肪	總膽固醇 CHOL (mg/dl)			
血液常規檢查	血色素 Hb (g/dl)					三酸甘油酯 TG (mg/dl)			
	白血球 WBC (10 ³ /μL)				肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT(U/L)			
	紅血球 RBC (10 ⁶ /μL)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT (U/L)			
	血小板 PLT (10 ³ /μL)				血清免疫學	B 型肝炎表面抗原 HBsAg			
	血球容積比 HCT (%)					B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs			
	平均血球容積 MCV (fl)				其他	飯前血糖 AC Sugar			
	平均血球血色素 MCH (pg)								
平均血色素濃度 MCHC (g/dl)									
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	
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								