

# 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<br>(務必填寫兩位)   | 關係   | 姓名  | 電話(家)   | 行動電話  | 職業    |                      |
|  | 緊急聯絡人1  |  |   |   |   |       |                      |
| 緊急聯絡人2   |   |  |   |   |   |       |                      |
| 健康基本資料   | ※ 個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病：<br><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(請說明如下)： |
|  | <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， <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有，類別_____  |   |  |   |   |   |       |                      |
| <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊， <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有，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： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有，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：<br>1. 過去7天內(不含假日)，睡眠習慣：<br><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                                       |  |   | 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 |   |       |                      |
|  | 2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> 1.都不吃<br><input type="checkbox"/> 2.有時吃，____天 <input type="checkbox"/> 3.每天吃，幾點吃？____點  |  |   | 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    |   |       |                      |
| 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  |   |  | 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  |   |   |       |                      |
| 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<br><input type="checkbox"/> 3.每天吸菸，____支/天 <input type="checkbox"/> 4.已戒除   |   |  | 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   |   |   |       |                      |
| 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<br><input type="checkbox"/> 3.每天喝酒，____杯/天 <input type="checkbox"/> 4.已戒除<br>(1杯的定義：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml)                              |   |  | 11. 月經情況(女生回答)<br>(1)初次月經？ <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有，初經年齡：____歲<br>(2)月經週期？ <input type="checkbox"/> 1.≤20天 <input type="checkbox"/> 2.21-40天 <input type="checkbox"/> 3.≥41天<br><input type="checkbox"/> 4.不規律(差異7天以上)<br>(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 |   |   |       |                      |
| 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<br><input type="checkbox"/> 3.每天嚼檳榔，____粒/天 <input type="checkbox"/> 4.已戒除   |   |  | 12. 排便習慣：過去7天內，多久排便一次？<br><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   |   |   |       |                      |
| 7. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> 1.沒有 <input type="checkbox"/> 2.很少 <input type="checkbox"/> 3.時常   |   |  | 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？<br><input type="checkbox"/> 1.每天少於1小時 <input type="checkbox"/> 2.每天約1-2小時<br><input type="checkbox"/> 3.每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> 4.每天約4-5小時<br><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？ <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？ <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有，請敘述：  |   |  |   |   |   |       |                      |
| 備註   | ※為應教學、輔導、醫療之需要，本份資料 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，給導師及特定業務相關人員查詢。<br>簽名：_____  |  |   |   |   |       |                      |

