

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

流水編號：_____

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) | 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： <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：_____ | | | | | | | |
| 領有重大傷病證明卡， <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有，類別_____ | | | | | | | |
| 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： 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"/> 1.都不吃 <input type="checkbox"/> 2.有時吃，____天 <input type="checkbox"/> 3.每天吃，幾點吃？____點 | | | | | | |
| 自我健康評估 | 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 | | | | | | |
| | 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 <input type="checkbox"/> 3.每天吸菸，____支/天 <input type="checkbox"/> 4.已戒除 | | | | | | |
| 備註 | 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 <input type="checkbox"/> 3.每天喝酒，____杯/天 <input type="checkbox"/> 4.已戒除 (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： <input type="checkbox"/> 1.不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 2.時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 3.每天嚼檳榔，____粒/天 <input type="checkbox"/> 4.已戒除 | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 11. 月經情況(女生回答) (1)初次月經？ <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有，初經年齡：____歲 | | | | | | | |
| (2)月經週期？ <input type="checkbox"/> 1.≤20天 <input type="checkbox"/> 2.21-40天 <input type="checkbox"/> 3.≥41天 <input type="checkbox"/> 4.不規律(差異7天以上) | | | | | | | |
| (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 | | | | | | | |
| 12. 排便習慣：過去7天內，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 | | | | | | | |
| 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"/> 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 | | | | | | | |
| 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： | | | | | | | |
| ※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。 簽名：_____ | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|------------------------------------|-------------|----|---------|-----------------------|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------------|----|----|
| 全身檢查項目 | 檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請✓選） | | | | | | | | | | | | | | | 檢查醫事人員簽章 | | |
| 身高：_____公分 | 體重：_____公斤 | <input type="checkbox"/> 腰圍_____公分 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血壓：_____/_____/_____mmHg | 脈搏：_____次/分 | Recheck：_____/_____/_____mmHg | 脈搏：_____次/分 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 視力檢查 | <input type="checkbox"/> 裸視：左眼_____右眼_____ <input type="checkbox"/> 矯正：左眼_____右眼_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聽力檢查 | <input type="checkbox"/> 正常 異常 <input type="checkbox"/> 左_____ <input type="checkbox"/> 右_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 辨色力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 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"/> 其他_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部 | <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 <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 |
| 胸部 X光檢查 | 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： X光編號 | | |
| | 因 <input type="checkbox"/> 懷孕，暫無法施行此項檢查，簽名：_____，生產後請補交報告至健康中心 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 (+)(-) | | | | 血脂肪 | 總膽固醇 CHOL (mg/dl) | | | | | | | | | | | | |
| | 尿糖 U-GLU (+)(-) | | | | | 三酸甘油脂 TG (mg/dl) | | | | | | | | | | | | |
| | 尿潛血 U-OB (+)(-) | | | | | 肝功能檢查 | 麩胺酸草醋酸轉胺酶 GPT (U/L) | | | | | | | | | | | |
| | 酸鹼值 U-PH | | | | | | 麩胺酸丙酮酸轉胺酶 GOP (U/L) | | | | | | | | | | | |
| 血液常規檢查 | 白血球 WBC (10 ³ /μL) | | | | 血清 | B型肝炎表面抗原 HBsAg (+)(-) | | | | | | | | | | | | |
| | 紅血球 RBC (10 ⁶ /μL) | | | | | 免疫學 | B型肝炎表面抗體 HBsAb (+)(-) | | | | | | | | | | | |
| | 血色素 Hb (g/dl) | | | | 腎功能檢查 | 肌酸酐 CREA (mg/dl) | | | | | | | | | | | | |
| | 血球容積比 HCT (%) | | | | | 尿酸 UA (mg/dl) | | | | | | | | | | | | |
| | 平均血球容積 MCV (fl) | | | | | 尿素氮 BUN (mg/dl) | | | | | | | | | | | | |
| | 平均血球血色素 MCH (pg) | | | | 膽固醇檢查 | 高密度膽固醇 HDL-C (mg/dl) | | | | | | | | | | | | |
| | 平均血色素濃度 MCHC (g/dl) | | | | | 低密度膽固醇 LDL-C (mg/dl) | | | | | | | | | | | | |
| 血小板 PLT (10 ³ /μL) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |