

玄奘大學學生健康資料卡 (學生自填)

填寫日期： 年 月 日

學號	身分證字號			血型		相片黏貼處	
姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月		日
學系	<input type="checkbox"/> 日間部學士班 <input type="checkbox"/> 碩士班 _____系 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B 班 <input type="checkbox"/> 日間部轉學生(<input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三年級) (_____ 組) <input type="checkbox"/> 二年制在職專班 <input type="checkbox"/> 碩士在職專班						
E-mail address :							
戶籍地址				電話(H)			
現居地址				行動電話			
緊急聯絡人	家 附 長 近 監 親 護 友 人 及	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	
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"/> 6. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 11. 關節炎 <input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____ <input type="checkbox"/> 2. 肺結核 <input type="checkbox"/> 7. 癲癇 <input type="checkbox"/> 12. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____ <input type="checkbox"/> 3. 心臟病 <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____ <input type="checkbox"/> 4. 肝炎 <input type="checkbox"/> 9. 血友病 <input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____ <input type="checkbox"/> 5. 氣喘 <input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血：_____ <input type="checkbox"/> 18. 其他：_____						
	高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於 500 度？ <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 不知道						
	領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，類別：_____						
	領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，類別：_____，等級： <input type="checkbox"/> 1. 輕度 <input type="checkbox"/> 2. 中度 <input type="checkbox"/> 3. 重度 <input type="checkbox"/> 4. 極重度						
生活型態	特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有(請描述)：_____						
	若有上述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"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____， <input type="checkbox"/> 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： <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，吃_____天 <input type="checkbox"/> ③每天吃：(9 點前吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；9 點後吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ①0 天 <input type="checkbox"/> ②1 天 <input type="checkbox"/> ③2 天 <input type="checkbox"/> ④3 天 <input type="checkbox"/> ⑤4 天 <input type="checkbox"/> ⑥5 天 <input type="checkbox"/> ⑦6 天 <input type="checkbox"/> ⑧7 天 4. 過去一個月內，你吸菸/煙(包括傳統紙菸、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形？ <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②有時吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a 傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b 電子煙、 <input type="checkbox"/> c 加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ③每天吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a 傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b 電子煙、 <input type="checkbox"/> c 加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ④已戒除。 5. 過去一個月內，你喝酒情形？ <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②有時喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒(<input type="checkbox"/> a 2 杯以上、 <input type="checkbox"/> b 1 杯、 <input type="checkbox"/> c 不到 1 杯) <input type="checkbox"/> ④已戒除，勾選「每天喝酒」者，需進一步選擇每天喝酒杯數，1 杯的定義為啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml。 6. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？ <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ④已戒除 7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常 8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常 9. 過去 7 天內，你多久排便一次？ <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 10. 過去 7 天內(不含假日)每日除了上課及作功課需要之外，你累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/> ①不到 2 小時 <input type="checkbox"/> ②約 2-4 小時 <input type="checkbox"/> ③約 4 小時以上，____小時 11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> ①0 次 <input type="checkbox"/> ②1 次 <input type="checkbox"/> ③2 次 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ①每半年一次 <input type="checkbox"/> ②每年一次 <input type="checkbox"/> ③一年以上 <input type="checkbox"/> ④從來沒有 13. 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重 <input type="checkbox"/> ④不知道/拒答						
自我健康評估	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非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好						
	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非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好						
目前有哪些健康問題？請敘述： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0. 否 <input type="checkbox"/> 1. 是							

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																																																																
身高：_____公分，體重：_____公斤，血壓：_____ / _____ mmHg， 脈搏：_____次/分，腰圍：_____公分。																																																																															
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_____																																																																												
	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 斜視：_____ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <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"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如： <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耳道畸形 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其他_____																																																																												
頭頸	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____																																																																												
胸部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <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_____																																																																												
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 疝氣 <input type="checkbox"/> 其他異常_____																																																																												
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 多併指 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 其他_____																																																																												
皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <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"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 殘留乳牙 <input type="checkbox"/> 其他_____																																																																												
牙齒位置圖 檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 Δ已矯治 ϕ阻生牙 Sp.贅生牙																																																																															
<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td rowspan="3" style="width:10%;">右上</td> <td colspan="14"></td> <td rowspan="3" style="width:10%;">左上</td> </tr> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td colspan="14"></td> <td>左下</td> </tr> </table>																右上															左上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	右下															左下
右上															左上																																																																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26			27	28																																																													
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36		37	38																																																														
右下															左下																																																																
總評	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治														承辦檢查醫院簽章：																																																																
建議	其他建議：																																																																														
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 (+)(-)				血脂肪檢查	總膽固醇 (mg/dl)																																																																									
	尿糖 (+)(-)					三酸甘油酯																																																																									
	潛血 (+)(-)					腎功能檢查	血尿素氮																																																																								
	酸鹼值						肌酸酐																																																																								
血液常規檢查	血色素 (g/dL)				肝功能檢查	SGOT (U/L)																																																																									
	白血球 (103/ μ L)					SGPT (U/L)																																																																									
	紅血球 (106/ μ L)					血清免疫學	B型肝炎表面抗原																																																																								
	血小板 (103/ μ L)				B型肝炎表面抗體																																																																										
	平均血球容 (fl)																																																																														
血球容積比 (%)																																																																															
胸部X光檢查	檢查日期	檢查結果： <input type="checkbox"/> 無異狀 <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_____												復查矯治、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記錄																																																																														