

佛光大學學生健康資料卡

							學號	
學生基本資料	入學日期	年	月	系所、班(組)別			姓名	
	出生日期	年	月	日	血型	生理性別	身分證字號	
	戶籍地址						學生本人行動電話	
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：						
	緊急聯絡人、 監護人 或附近親友	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話		
	學生本人 E-mail			身份別	<input type="checkbox"/> 本地生(是否為原住民： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是族別：) <input type="checkbox"/> 僑生(僑居地：) <input type="checkbox"/> 外籍生(國籍：)			
畢業學校			畢業(科)系			畢業年度		

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"/> 2.高血壓	<input type="checkbox"/> 7.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 12.氣喘 最近發病日期____年__月__日
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病	<input type="checkbox"/> 8.血友病	<input type="checkbox"/> 13.癲癇 最近發病日期____年__月__日
	<input type="checkbox"/> 4.肝炎 名稱：____	<input type="checkbox"/> 9.蠶豆症	<input type="checkbox"/> 14.心理或精神疾病：____
	<input type="checkbox"/> 5.糖尿病	<input type="checkbox"/> 10.肺結核	<input type="checkbox"/> 15.腫瘤或癌症：____
	<input type="checkbox"/> 16.海洋性貧血：____ <input type="checkbox"/> 17.重大手術名稱：____ <input type="checkbox"/> 18.過敏物質名稱：____ <input type="checkbox"/> 19.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(左、右) <input type="checkbox"/> 2不知道 本人領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 0無 <input type="checkbox"/> 1有，類別： 本人領有身心障礙手冊： <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 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，患有重大遺傳性疾患者家屬稱謂：____，疾病名稱：____， <input type="checkbox"/> 2.不知道			

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="radio"/> 1每日睡足7小時 <input type="radio"/> 2不足7小時 <input type="radio"/> 3時常失眠
	() 2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣：	<input type="radio"/> 0都不吃 <input type="radio"/> 1有時吃，吃____天 <input type="radio"/> 2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="radio"/> 0天 <input type="radio"/> 1天 <input type="radio"/> 2天 <input type="radio"/> 3天 <input type="radio"/> 4天 <input type="radio"/> 5天 <input type="radio"/> 6天 <input type="radio"/> 7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="radio"/> 0不吸菸 <input type="radio"/> 1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="radio"/> 2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="radio"/> 3已戒除。
	() 5. 過去一個月內，你喝酒情形？	<input type="radio"/> 0不喝酒 <input type="radio"/> 1有時喝酒 <input type="radio"/> 2每天喝酒(<input type="checkbox"/> a2杯以上、 <input type="checkbox"/> b1杯、 <input type="checkbox"/> c不到1杯) <input type="radio"/> 3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330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml。
	() 6. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？	<input type="radio"/> 0不嚼檳榔 <input type="radio"/> 1有時嚼檳榔 <input type="radio"/> 2每天嚼檳榔 <input type="radio"/> 3已戒除
	() 7. 常覺得憂鬱嗎？	<input type="radio"/> 0沒有 <input type="radio"/> 1有時 <input type="radio"/> 2時常
	() 8. 常覺得焦慮嗎？	<input type="radio"/> 0沒有 <input type="radio"/> 1有時 <input type="radio"/> 2時常
	() 9. 過去7天內，你多久排便一次？	<input type="radio"/> 1每天至少一次 <input type="radio"/> 2兩天 <input type="radio"/> 3三天 <input type="radio"/> 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="radio"/> 1不到2小時 <input type="radio"/> 2約2-4小時 <input type="radio"/> 3約4小時以上，____小時
	() 11. 你通常一天刷牙幾次？	<input type="radio"/> 0次 <input type="radio"/> 1次 <input type="radio"/> 2次 <input type="radio"/> 3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="radio"/> 1每半年一次 <input type="radio"/> 2每年一次 <input type="radio"/> 3一年以上 <input type="radio"/> 4從來沒有
() 13. 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？	<input type="radio"/> 0沒有 <input type="radio"/> 1輕微 <input type="radio"/> 2嚴重 <input type="radio"/> 3不知道/拒答	

自我健康評	() 1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？	<input type="radio"/> 1非常好 <input type="radio"/> 2好 <input type="radio"/> 3一般 <input type="radio"/> 4不好 <input type="radio"/> 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？	<input type="radio"/> 1非常好 <input type="radio"/> 2好 <input type="radio"/> 3一般 <input type="radio"/> 4不好 <input type="radio"/> 5非常不好
	() 目前有哪些健康問題？請敘述： <input type="radio"/> 0無 <input type="radio"/> 1有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> a否 <input type="checkbox"/> b是	

健康檢查記錄表

檢查項目	檢查日期： 年 月 日					檢查醫事人員 簽章		
體格	身高： 公分	體重： 公斤	腰圍： 公分					
血壓/脈搏	血壓： / mmHg	脈搏： 次/分						
視力	裸視 左： 右：	矯正 左： 右：						
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 聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <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	<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"/> 蹲踞困難 <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	<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 _____							
實驗室檢查項目		初查 結果	異常複檢追蹤檢查 日期 結果		實驗室檢查項目	初查 結果	異常複檢追蹤檢查 日期 結果	
尿 液 第 一 天	<input type="checkbox"/> 尿蛋白 (+)(-)				血 脂 肪	總膽固醇 (mg/dl)		
	<input type="checkbox"/> 尿糖 (+)(-)					三酸甘油脂		
	<input type="checkbox"/> 潛血 (+)(-)					高密度脂蛋白膽固醇		
	<input type="checkbox"/> 酸鹼值					腎 功 能	肌酸酐 (mg/dl)	
血 液 常 規	血色素 (g/dl)				肝 功 能	尿酸 (mg/dl)		
	白血球 (10 ³ /μL)					血尿素氮 (mg/dl)		
	紅血球 (10 ⁶ /μL)					肝 功 能	SGPT (U/L)	
	血小板 (10 ³ /μL)				SGOT (U/L)			
	平均血球容積 MCV (fl)				肝 炎	B 型肝炎表面抗 HBsAg		
	血球容積比 Hct (%)					B 型肝炎表面抗 HBsAb		
	平均血球血色素(MCH)				血 糖	飯前血糖		
	平均血球血色素濃(MCHC)							
胸部 X 光	<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"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 其他 _____					複查矯治、日期及備註：		
醫師 總評 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							

註：選擇到其他醫院辦理者，請攜帶此表至「公、私立」醫院檢查，完成後將此表繳交至佛光大學健康中心(雲起樓 103 室)。