

# 佛光大學學生健康資料卡

學號

學生基本資料	系所別	轉系		年 月	姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	出生日期	年 月 日	血型	身分證字號			
	戶籍地址				電話		
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上			行動電話		
	緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	
	畢業學校			畢業系別	系	畢業年度	年
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： 			
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.肺結核	<input type="checkbox"/> 13.癲癇 最近發病日期：_____年_____月				
	<input type="checkbox"/> 2.高血壓	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 14.心理或精神疾病：_____				
	<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 名稱：_____	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症	<input type="checkbox"/> 16.腫瘤或癌症：_____				
	<input type="checkbox"/> 5.腎臟病	<input type="checkbox"/> 11.關節炎	<input type="checkbox"/> 17.重大手術名稱：_____				
	<input type="checkbox"/> 6.氣喘 最近發病日期：_____年_____月	<input type="checkbox"/> 12.糖尿病	<input type="checkbox"/> 18.過敏物質名稱：_____				
<input type="checkbox"/> 19.其他：_____							
<input type="checkbox"/> 本人領有重大傷病證明卡，類別_____							
<input type="checkbox"/> 本人領有身心障礙手冊，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							
特殊疾病現況或應注意事項							
<input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要							
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：家屬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：			( ) 8.常覺得胸悶嗎？①沒有 ②很少 ③時常			
	( ) 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			( ) 9.常覺得胃痛嗎？①沒有 ②很少 ③時常			
	( ) 2.過去7天內(不含假日)，早餐習慣： ①都不吃 ②有時吃，__天 ③每天吃，幾點吃？__點			( ) 10.常覺得頭痛嗎？①沒有 ②很少 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：①有 ②沒有			( ) 11.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			
	( ) 4.過去一個月內，吸菸行為：①不吸菸 ②時常吸菸 ③每天吸菸，__支/天，已吸__年 ④已戒除			( ) 12.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每天少於1小時 ②每天約1-2小時 ③每天約2-4小時 ④每天約4-5小時 ⑤每天約5小時或以上			
	( ) 5.過去一個月內，喝酒行為：①不喝酒 ②時常喝酒 ③每天喝酒，__杯/天，已喝__年 ④已戒除 (1杯的定義：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml)			13.月經情況(女生回答)			
	( ) 6.過去一個月內，嚼檳榔： ①不嚼檳榔 ②時常嚼檳榔 ③每天嚼檳榔，__粒/天，已嚼食__年 ④已戒除			( ) 13-1.初次月經 ①無 ②有，初經年齡：__歲			
( ) 7.常覺得焦慮、憂鬱嗎？①沒有 ②很少 ③時常			( ) 13-2.月經週期？①≤20天 ②21-40天 ③≥41天 ④不規律(差異7天以上)				
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？①極好的 ②很好 ③好 ④普通 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？①極好的 ②很好 ③好 ④普通 ⑤不好						
	※目前有哪些健康問題？請敘述：						

# 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	臀圍：	公分	體脂肪：	%								
血壓/脈搏	血壓： / mmHg								脈搏： _____ 次/分									
視 力	裸視	左：							矯正	左：								
		右：								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	檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 △-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
實驗室檢查項目		初查結果		異常複檢		追蹤檢查		實驗室檢查項目		初查結果		異常複檢		追蹤檢查				
				日期		結果						日期		結果				
尿 液 MC <input type="checkbox"/>	尿蛋白 (+)(-)								總膽固醇 (mg/dl)									
	尿糖 (+)(-)								腎 功 能	肌酸酐 (mg/dl)								
	潛血 (+)(-)									尿酸 (mg/dl)								
酸鹼值										血尿素氮 (mg/dl)								
血 液 常 規	血色素 (g/dl)								肝 功 能	SGOT (U/L)								
	白血球 (10 <sup>3</sup> /μL)									SGPT (U/L)								
	紅血球 (10 <sup>6</sup> /μL)								肝 炎	B型肝炎表面抗原 HBsAg								
	血小板 (10 <sup>3</sup> /μL)									B型肝炎表面抗體 HBsAb								
	平均血球容積 MCV (fl)										飯前血糖							
血球容積比 Hct (%)										三酸甘油酯								
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"/> 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身心健康中心(雲起樓103)。