

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			
		相片黏貼處 (請貼3個月內2吋照片)										
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：)							
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"/> 2.高血壓 <input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 4.肝炎 名稱：____ <input type="checkbox"/> 5.糖尿病	<input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 7.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 8.血友病 <input type="checkbox"/> 9.蠶豆症 <input type="checkbox"/> 10.肺結核		<input type="checkbox"/> 11.關節炎 <input type="checkbox"/> 12.氣喘 最近發病日期____年__月__日 <input type="checkbox"/> 13.癲癇 最近發病日期____年__月__日 <input type="checkbox"/> 14.心理或精神疾病：____ <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，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：____，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="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"/> a2杯以上、 <input type="checkbox"/> b1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330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml。											
	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	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											
	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											
※參加由「宏恩醫院」體檢之個人檢查報告，掛號郵寄收件地址(勿留學校地址，外籍生可寫宿舍地址)：												

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	體脂肪： %	
血壓/脈搏	血壓： / mmHg		脈搏： _____次/分		
視力	裸視	左： _____	矯正	左： _____	
	視	右： _____	正	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		實驗室檢查項目
			日期	結果	
尿 液 第 天	尿蛋白 (+)(-)				血 總膽固醇 (mg/dl)
	尿糖 (+)(-)				脂肪 三酸甘油脂
	潛血 (+)(-)				腎 肌酸酐 (mg/dl)
	酸鹼值				功能 尿酸 (mg/dl)
血 液 常 規	血色素 (g/dl)				肝 血尿素氮 (mg/dl)
	白血球 ($10^3/\mu\text{L}$)				功能 SGPT (U/L)
	紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$)				SGOT (U/L)
	血小板 ($10^3/\mu\text{L}$)				肝 B型肝炎表面抗 HBsAg
	平均血球容積 MCV (fl)				炎 B型肝炎表面抗 HBsAb
	血球容積比 Hct (%)				
	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)。