

※生理期☐是☐否

**國立高雄科技大學** (☐ 建工☐燕巢☐第一☐楠梓☐旗津)

## 學生健康資料卡(中文版)

學號

學生基本資料	入學日期	年 月	就讀系所、班(組)別					姓名						
	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								學生本人行動電話					
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：							學生本人 E-mail					
	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								
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"/> 18.其他：_____				
	<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.蠱豆症			<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____							
生活型態	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													
	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													
自我健康評估	※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 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	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													
自我健康評估	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													

全身檢查項目		檢查日期：      年      月      日，檢查結果登錄（請勾選）				檢查醫事人員簽章				
身高：_____公分		體重：_____公斤		腰圍：_____公分※						
血壓：_____ / _____ mmHg		脈搏：_____次/分※								
視力檢查 裸視：右眼_____ 左眼_____		矯正視力：右眼_____ 左眼_____								
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	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_____								
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：_____					承辦檢查醫療院所簽章				
實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果 異常註記 追蹤		實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果 異常註記 追蹤		
尿液檢查	尿蛋白(+)(-)				血脂肪	總膽固醇(mg/dL)				
	尿糖(+)(-)					腎功能檢查	CREATININE(mg/dL)			
	潛血(+)(-)						尿酸(mg/dL)			
	酸鹼值						血尿素氮(mg/dL)※			
血液常規檢查	血色素(g/dL)				肝功能檢查	SGOT(AST)(U/L)				
	白血球( $10^3/\mu\text{L}$ )					SGPT(ALT)(U/L)				
	紅血球( $10^6/\mu\text{L}$ )				血清免疫學	HBsAg△				
	血小板( $10^3/\mu\text{L}$ )					Anti-HBs△				
	平均血球容積比(fl)				其他※					
	血球容積比 HcT(%)※									
胸部 X 光檢查	檢查日期	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"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 其他_____					複查矯治、日期及備註：			
因 <input type="checkbox"/> 懷孕(生產結束必須補繳報告) <input type="checkbox"/> 三個月內做過胸部 X 光檢查(須提供檢查證明或報告)，故拒做此項檢查，簽名：_____										
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									
備註	1. 本資料為國立高雄科技大學專有之財產，非經當事人書面許可，不准透露或使用本資料，亦不准複印，複製或轉變成任何其他形式使用，並遵循本校資料保存與安全控管辦理。 2. 依據學校衛生法，本校為建立學生健康管理制，針對健康檢查結果，將進行特殊健康問題學生追蹤輔導管理，為應教學、輔導、醫療之需要，轉介給導師及特定業務相關人員，輔導期間自新生入學到畢業。 3. 健檢結果如有異常者，請儘速就醫治療，若患有傳染病如肺結核等疾病，應於治療病情控制後始得就學。									

※：學校自選項目△：學生健康檢查實施辦法中視需要而辦理之項目