

# 國立體育大學學生健康資料卡

檢查日期：      年      月      日

學生基本資料	姓名		學號		入學日期		相片黏貼處
	系所班級		身分證字號				
	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		血型	出生日期	年    月    日		
	戶籍地址				學生本人行動電話		
	現住地址 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：						
	緊急聯絡人、 監護人或附近 親友		姓名	電話(家)	電話(公)	關係	
健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病				特殊疾病現況或應注意事項		
	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____				<input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要		
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核 <input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 14.癌症：_____						
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____						
<input type="checkbox"/> 4.肝 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____							
<input type="checkbox"/> 5.氣 <input type="checkbox"/> 10.蠶豆症 <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____							
<input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 11.關節炎 <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____							
<input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 <input type="checkbox"/> 18.其他：_____							
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別 _____							
<input type="checkbox"/> 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							
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：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：						
	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				7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常		
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，天 <input type="checkbox"/> ③每天吃，幾點吃？ _____ 點				8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有				9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常			
4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②時常吸菸 <input type="checkbox"/> ③每天吸菸， _____ 支/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除				10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常			
5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②時常喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒， _____ 杯/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 (1 杯的定義：啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml)				11. 月經情況(女生回答) (1) 初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，初經年齡： _____ 歲 (2) 月經週期？ <input type="checkbox"/> ①≤20 天 <input type="checkbox"/> ②21-40 天 <input type="checkbox"/> ③≥41 天 <input type="checkbox"/> ④不規律(差異 7 天以上) (3) 有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重			
6. 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔， _____ 粒/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除				12. 排便習慣：過去 7 天內，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			
				13. 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？ <input type="checkbox"/> ①每天少於 1 小時 <input type="checkbox"/> ②每天約 1-2 小時 <input type="checkbox"/> ③每天約 2-4 小時 <input type="checkbox"/> ④每天約 4-5 小時 <input type="checkbox"/> ⑤每天約 5 小時或以上			
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？ <input type="checkbox"/> ①極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ①極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤不好						
※ 目前有哪些健康問題？請敘述：							

全身檢查項目	檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選）																	
一般及理學檢查														檢查醫事人員 簽章				
身高：_____公分		體重：_____公斤		自選項目： <input type="checkbox"/> 腰圍_____公分														
血壓：_____/____mmHg		脈搏：_____次/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_____														
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_____														
胸部	<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"/> 青蛙肢（蹲距困難） <input type="checkbox"/> 其他_____														
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未檢查			<input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <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	C：齶齒 sp：贅生牙 X：缺牙 q：阻生牙 /：待拔牙 △：已矯治 <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 其他_____																	
	右	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
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：_____												承辦檢查醫院簽章					
實驗室檢查																		
尿液	尿蛋白：_____			酮體：_____			尿糖：_____			潛血：_____			酸鹼值：_____					
血液常規	白血球 WBC：_____ /mm <sup>3</sup>						平均血球容積：_____ fl											
	紅血球 RBC：_____ x10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>						血球容積：_____ %											
	血色素 Hb：_____ g/dl 飯前血糖 _____ mg/dL						血小板：_____ x10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>											
肝功能	麩草醋酸轉胺酶 (GOT)：_____ U/L						麩丙酮酸轉胺酶 (GPT)：_____ U/L											
肝炎	B 型肝炎表面抗原：_____						B 型肝炎表面抗體 HbsAb：_____						B 型肝炎 e 抗原 HbeAg：_____					
腎功能	尿素氮：_____ mg/dl						肌酐酸：_____ mg/dl						尿酸：_____ mg/dl					
血脂肪	總膽固醇：_____ mg/dl			三酸甘油脂：_____ mg/dl			高密度脂蛋白膽固醇：_____ mg/dl			低密度脂蛋白膽固醇：_____ mg/dl								
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"/> 其他_____												靜態心電圖				
														檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其他_____				
<ul style="list-style-type: none"> <li>務必加蓋醫院印章，否則視同無效</li> <li>醫生簽章：_____</li> </ul>																		
矯治追蹤紀錄： <input type="checkbox"/> 需要參加學校追蹤矯治詳如追蹤紀錄																		