**大專校院學生健康資料卡中文版**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **大專校院校名 學生健康資料卡**  **(教育部修訂版)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | □男 □女 | | | 身分證字號 | | |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |
| 戶籍地址 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 學生本人行動電話 | | | | | | | | 相片黏貼處  （由各校決定是否蒐集） | | | | | | |
| 現居地址 | | | | □同上 □如右： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 緊急聯絡人、 | | | | 關係 | | | 姓名 | | | | 電話(家) | | | | | | | 電話(公) | | | | | 行動電話 | | | |
| 監護人或 | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | 學生本人E-mail | | | | | | | |
| 附近親友 | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| 健康基本資料 | | 個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □1.無  □2.肺結核  □3.心臟病  □4.肝炎  □5.氣喘 | | | | | □6.腎臟病  □7.癲癇  □8.紅斑性狼瘡  □9.血友病  □10.蠶豆症 | | | | | | | | | □11.關節炎  □12.糖尿病  □13.心理或精神疾病：  □14.癌症：  □15.海洋性貧血: | | | | | | | | | | | | □16.重大手術名稱:  □17.過敏物質名稱:  □18.其他： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於500度？□0.無 □1.有 □2.不知道 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 領有重大傷病（含罕見疾病）證明卡：□0.無 □1.有，類別：  領有身心障礙手冊：□0.無 □1.有，類別： ，等級：□1.輕度 □2.中度 □3.重度 □4.極重度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特殊疾病現況或應注意事項：□0.無 □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：□0.無 □1.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：\_\_\_\_\_\_\_\_，疾病名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，□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：□➀每日睡足7小時 □➁不足7小時 □➂時常失眠 2. 過去7天內（不含假日），早餐習慣：□🄋都不吃 □➀有時吃，吃\_\_\_\_天 □➁每天吃：(9點前吃：□是 □否； 9點後吃：□是 □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？□🄋0天 □➀1天 □➁2天 □➂3天 □④4天 □⑤5天 □⑥6天 □➆7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？   □➀不吸菸 □➁有時吸菸（可複選：□ⓐ傳統菸品、□ⓑ電子煙、□ⓒ加熱式菸品等） □➂每天吸菸（可複選：□ⓐ傳統菸品、□ⓑ電子煙、□ⓒ加熱式菸品等）□④已戒除。   1. 過去一個月內，你喝酒情形？□➀不喝酒 □➁有時喝酒 □➂每天喝酒（□ⓐ2杯以上、□ⓑ1杯、□ⓒ不到1杯）   □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。   1. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？□➀不嚼檳榔 □➁有時嚼檳榔 □➂每天嚼檳榔 □④已戒除 2. 常覺得憂鬱嗎？□🄋沒有 □➀有時 □➁時常 3. 常覺得焦慮嗎？□🄋沒有 □➀有時 □➁時常 4. 過去7天內，你多久排便一次？□➀每天至少一次 □➁兩天 □➂三天 □④四天以上 5. 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？□➀不到2小時 □➁約2-4小時 □➂約4小時以上，\_\_\_小時 6. 你通常一天刷牙幾次？ □🄋0次 □➀1次 □➁2次 □➂3次以上 7. 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？□➀每半年一次 □➁每年一次 □➂一年以上 □④從來沒有 8. 月經情況（女生回答）：有無經痛現象？□➀沒有 □➁輕微 □➂嚴重 □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？□➀非常好 □➁好 □➂一般 □④不好 □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？□➀非常好 □➁好 □➂一般 □④不好 □⑤非常不好 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 目前有哪些健康問題？請敘述：□0.無 □1.有，是否需學校協助：□0.否 □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 | | | □無明顯異常 | | | | □辨色力異常△ □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 耳鼻喉 | | | □無明顯異常 | | | | 聽力異常：□左 □右  □疑似中耳炎，如：耳膜破損△ □扁桃腺腫大△ □耵聹栓塞△ □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 頭頸 | | | □無明顯異常 | | | | □斜頸 □異常腫塊 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 胸腔及外觀 | | | □無明顯異常 | | | | □心肺疾病 □胸廓異常 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部 | | | □無明顯異常 | | | | □異常腫大 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脊柱四肢 | | | □無明顯異常 | | | | □脊柱側彎 □肢體畸形 □蹲踞困難 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 泌尿生殖△ | | | □無明顯異常  □未檢查 | | | | □包皮異常 □精索靜脈曲張 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 皮膚 | | | □無明顯異常 | | | | □癬 □疥瘡 □疣 □異位性皮膚炎 □溼疹 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔 | | | □無明顯異常 | | | | 未治療齲齒：□0.無 □1.有  缺牙(因齲齒拔除)：□0.無 □1.有  已矯治牙齒：□0.無 □1.有  牙齦炎※：□0.無 □1.有  牙結石※：□0.無 □1.有  □口腔衛生不良 □咬合不正 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 總評  建議 | | □無明顯異常  □有異狀，需接受 科醫師診治  □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 | | | | | | | 實驗室檢查項目 | | | | | | | | | | | 初查  結果 | | | | 檢查結果 | | | | | | | | |
| 異常註記 | | | 追蹤 | | | | 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（103/μL） | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | SGPT(ALT)（U/L） | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
| 紅血球（106/μL） | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | 血清  免疫學 | | HBsAg△ | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
| 血小板（103/μL） | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | 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：  □無明顯異常  □疑似肺結核病徵 □肺結核鈣化 □胸廓異常 □肋膜腔積水  □脊柱側彎 □心臟肥大 □支氣管擴張 □肺浸潤 □肺結節  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 複查矯治、日期及備註： | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

△：學生健康檢查實施辦法中視需要而辦理之項目

※：學校自選項目