

高雄醫學大學學生健康資料卡

學號

(此面資料請詳填並簽名後至學生資訊系統平台 D. 2. 8. 02 登入)

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				
						相片黏貼處				

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"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有(請描述)： 若有左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。
	<input type="checkbox"/> 1. 無	<input type="checkbox"/> 7. 關節炎	<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____				
	<input type="checkbox"/> 2. 肺結核	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____				
	<input type="checkbox"/> 3. 海洋性貧血	<input type="checkbox"/> 9. 血友病	<input type="checkbox"/> 15. 心臟疾病：_____				
<input type="checkbox"/> 4. 肝炎	<input type="checkbox"/> 10. 蠱豆症	<input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____					
<input type="checkbox"/> 5. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 11. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____					
<input type="checkbox"/> 6. 氣喘最後一次發病時間為：_____	<input type="checkbox"/> 12. 癲癇最後一次發病時間為：_____	<input type="checkbox"/> 18. 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 <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							
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：	
	<p>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</p> <p>2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣：<input type="checkbox"/>④都不吃 <input type="checkbox"/>①有時吃，吃__天 <input type="checkbox"/>②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)</p> <p>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"/>⑤0天 <input type="checkbox"/>⑥1天 <input type="checkbox"/>⑦2天 <input type="checkbox"/>⑧3天 <input type="checkbox"/>⑨4天 <input type="checkbox"/>⑩5天 <input type="checkbox"/>⑪6天 <input type="checkbox"/>⑫7天</p> <p>4. 過去一個月內，你吸菸/煙(包括傳統菸品、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形？<input type="checkbox"/>⑬不吸菸 <input type="checkbox"/>⑭已戒除；<input type="checkbox"/>⑮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"/>⑯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)。</p> <p>5. 過去一個月內，你喝酒情形？<input type="checkbox"/>⑰不喝酒 <input type="checkbox"/>⑱有時喝酒 <input type="checkbox"/>⑲每天喝酒(<input type="checkbox"/>2杯以上、<input type="checkbox"/>1杯、<input type="checkbox"/>不到1杯)<input type="checkbox"/>⑳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。</p>	<p>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 <input type="checkbox"/>④已戒除</p> <p>7. 常覺得憂鬱嗎？<input type="checkbox"/>⑤沒有 <input type="checkbox"/>⑥很少 <input type="checkbox"/>⑦時常</p> <p>8. 常覺得焦慮嗎？<input type="checkbox"/>⑤沒有 <input type="checkbox"/>⑥很少 <input type="checkbox"/>⑦時常</p> <p>9. 過去7天內，你多久排便一次？<input type="checkbox"/>⑧每天至少一次 <input type="checkbox"/>⑨兩天 <input type="checkbox"/>⑩三天 <input type="checkbox"/>⑪四天以上</p> <p>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"/>⑫不到2小時 <input type="checkbox"/>⑬約2-4小時 <input type="checkbox"/>⑭約4小時以上，__小時</p> <p>11. 你通常一天刷牙幾次？<input type="checkbox"/>⑮0次 <input type="checkbox"/>⑯1次 <input type="checkbox"/>⑰2次 <input type="checkbox"/>⑱3次以上</p> <p>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"/>⑲每半年一次 <input type="checkbox"/>⑳每年一次 <input type="checkbox"/>㉑一年以上 <input type="checkbox"/>㉒從來沒有</p> <p>13. 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？<input type="checkbox"/>㉓沒有 <input type="checkbox"/>㉔輕微 <input type="checkbox"/>㉕嚴重 <input type="checkbox"/>㉖不知道/拒答</p>

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
※ 目前有哪些健康問題？ <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，請敘述：_____；是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0. 否 <input type="checkbox"/> 1. 是	

意願調查	為配合政策、教學、輔導、醫療與健康相關計畫之需要，您是否同意本校在恪守個人資料保護法與尊重隱私權的前提下，蒐集、處理及合理利用您的健康資料，並送請相關單位追蹤輔導與關懷。若您同意上述陳列請於下方簽名。
	<p>※簽名：_____</p> <p>(未滿20歲者請由法定代理人簽名) 日期：_____年_____月_____日</p>

以下由健檢單位填寫

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 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 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_____									
泌尿生殖△	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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	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：	承辦檢查醫院簽章								
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	肌酸酐 (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(ALT) (U/L)				
	白血球 (10 ³ /μL)					SGPT(ALT) (U/L)				
	紅血球 (10 ⁶ /μL)				血清免疫學	B型肝炎表面抗原△				
	血小板 (10 ³ /μL)					B型肝炎表面抗體△				
	平均血球容積 MCV (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：			
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