

大專校院校名 國立中興大學 學生健康資料卡

學號

(教育部修訂版)

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：						
	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	學生本人 E-mail	

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.蠶豆症	<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____	

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.極重度 2.重度 3.中度 4.輕度

特殊疾病現況或應注意事項：0.無 1.有(請描述)：\_\_\_\_\_

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：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：

- 過去7天內(不含假日)，睡眠習慣：①每日睡足7小時 ②不足7小時 ③時常失眠
- 過去7天內(不含假日)，早餐習慣：①都不吃 ②有時吃，\_\_\_\_\_天 ③每天吃：9點前吃：是 否；9點後吃：是 否
- 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？①0天 ②1天 ③2天 ④3天 ⑤4天 ⑥5天 ⑦6天 ⑧7天
- 過去一個月內，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？  
①不吸菸 ②有時吸菸(可複選：a傳統菸品、b電子煙、c加熱式菸品等) ③每天吸菸(可複選：a傳統菸品、b電子煙、c加熱式菸品等) ④已戒除。
- 過去一個月內，喝酒情形？①不喝酒 ②時常喝酒 ③每天喝酒，a2杯以上、b1杯、c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：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml)
- 過去一個月內，嚼檳榔：①不嚼檳榔 ②時常嚼檳榔 ③每天嚼檳榔，\_\_\_\_\_粒/天 ④已戒除
- 常覺得憂鬱嗎？①沒有 ②有時 ③時常
- 常覺得焦慮嗎？①沒有 ②有時 ③時常
- 過去7天內，你多久排便一次？①每天至少一次 ②兩天 ③三天 ④四天以上
- 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？①不到2小時 ②約2-4小時 ③約4小時以上，\_\_\_\_\_小時
- 你通常一天刷牙幾次？①0次 ②1次 ③2次 ④3次以上
- 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？①每半年一次 ②每年一次 ③一年以上 ④從來沒有
- 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？①沒有 ②輕微 ③嚴重 ④不知道/拒答

自我健康評估

- 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？①極好的 ②很好 ③好 ④普通 ⑤不好
- 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？①極好的 ②很好 ③好 ④普通 ⑤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

★備註(必填)

■請新生入學時參照校內團體健檢各系所時間表來檢察，未能到校參加健檢者，請自行至設有胸腔科門診之醫院作健康檢查(不含檢驗所)，檢查完畢請自行影印1-2份，一份自存、另需上體育課學生再影印一份自行繳交體育室教學活動參考；自行到校外健檢者，正本請於入學後交回學務處「健康及諮商中心」(惠孫堂一樓)04-22840235。

■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。

■教育部轄內全國大專校院新生個人生活型態及健康檢查等健康資料分析、統計需求時，若需本校提供學生健康檢查資料，同意提供者，請學生家長或學生本人(已滿20歲)簽名及填寫日期。  
同意提供，學生家長簽名/日期：\_\_\_\_\_ 學生本人簽名/日期：\_\_\_\_\_

不同意提供，健檢表只交由學校，僅限於統計及追蹤紀錄使用，學生家長或學生本人簽名/日期：\_\_\_\_\_

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_____				
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：				承辦檢查醫院簽章	
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	三酸甘油脂 (mg/dl)	
	尿糖 (+)(-)				總膽固醇 (mg/dl)	
	潛血 (+)(-)				低密度膽固醇 (mg/dl)	
	酸鹼值				高密度膽固醇 (mg/dl)	
血液常規檢查	飯前血糖 (mg/dl)			腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)	
	血色素 (g/dl)				尿酸 (mg/dl)	
	白血球 ( $10^3/\mu\text{L}$ )				血尿素氮 (mg/dl) ※	
	紅血球 ( $10^6/\mu\text{L}$ )			肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)	
	血小板 ( $10^3/\mu\text{L}$ )				麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)	
	平均血球容積 MCV (fl)			血清免疫學	B 型肝炎表面抗原	
血球容積比 Hct (%) ※			B 型肝炎表面抗體			
■ 請至少禁食 6-8 小時（可喝少量白開水）						
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					

本資料為國立中興大學專有之財產，非經書面許可，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。The information contained herein is the exclusive property of NCHU and shall not be distributed, reproduced, or disclosed in whole or in part without prior written permission of NCHU.

本表單蒐集之個人資料，僅限於統計及追蹤紀錄使用，非經當事人同意，絕不轉作其他用途，亦不會公布任何資訊，並遵循本校資料保存與安全控管辦理。111.05 修訂