|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **文藻外語大學學生健康資料卡**  **(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 | | | | | |
| 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 |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | 特殊疾病現況或應注意事項  □詳如病歷摘要 | | | | | | | | | | | | |
| □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： | | | | | | |
| □領有重大傷病證明卡，類別  □領有身心障礙手冊，類別 等級：□極重度 □重度 □中度 □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:□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: □➀都不吃□➁有時吃， 天□➂每天吃，幾點吃？ 點 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：□➀有□➁沒有 4. 過去一個月內，吸菸行為: □➀不吸菸□➁時常吸菸□➂每天吸菸， 支/天□④已戒除 5. 過去一個月內，喝酒行為: □➀不喝酒□➁時常喝酒□➂每天喝酒， 杯/天□④已戒除   （1杯的定義：啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml）   1. 過去一個月內，嚼檳榔：□➀不嚼檳榔□➁時常嚼檳榔□➂每天嚼檳榔， 粒/天□④已戒除 | | | | | | | | | | 1. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？□➀沒有□➁很少□➂時常 2. 常覺得胸悶嗎？□➀沒有□➁很少□➂時常 3. 常覺得胃痛嗎？□➀沒有□➁很少□➂時常 4. 常覺得頭痛嗎？□➀沒有□➁很少□➂時常 5. 月經情況（女生回答） 6. 初次月經□➀無□➁有，初經年齡： 歲 7. 月經週期？□➀≦20天□21-40天□➂≧41天□④不規律（差異7天以上） 8. 有無經痛現象？□➀沒有□➁輕微□➂嚴重 9. 排便習慣：過去7天內，多久排便一次？ □➀每天至少一次□➁兩天□➂三天□④四天以上 10. 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？□➀每天少於1小時□➁每天約1-2小時□➂每天約2-4小時□④每天約4-5小時□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？□➀極好的□➁很好□➂好□④普通□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？□➀極好的□➁很好□➂好□④普通□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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 檢查醫事人員簽章 | |
| 身高： 公分 體重： 公斤 | | | | | | | | | | | | | | | | | 自選項目：□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 | | □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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 胸部 | | □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 □青蛙肢（蹲距困難） □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 | | | | | □口腔衛生不良 □牙結石 □牙齦炎 □牙周炎 □齒列咬合不正  □口腔黏膜異常 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 牙齒位置圖 | | 檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 🛆-已矯治 ψ-阻生牙 Sp.-贅生牙 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  | | |  |
| 右上 | | 18 | | 17 | | 16 | | 15 | | | 14 | | 13 | 12 | | 11 | | | 21 | | 22 | | 23 | 24 | | 25 | 26 | 27 | | 28 | | | 左上 |
| 右下 | | 48 | | 47 | | 46 | | 45 | | | 44 | | 43 | 42 | | 41 | | | 31 | | 32 | | 33 | 34 | | 35 | 36 | 37 | | 38 | | | 左下 |
|  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  | | |  |
| 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 | | 麩胺酸草醋酸轉胺酶 （U/L） | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 白血球 （103/μL） | | | | | | | | |  | |  | | |  | | | | | 麩胺酸丙酮酸轉胺酶 （U/L） | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 紅血球 （106/μL） | | | | | | | | |  | |  | | |  | | | | | 血清  免疫學 | | B型肝炎表面抗原 | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 血小板 （103/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：  □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 □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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |