

國立雲林科技大學學生健康資料卡

進食 生理期 懷孕 疑懷孕

健康編號：_____ 建卡日期：_____年_____月_____日

姓名											身分證號											血型		相片黏貼處			
學號											<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期													年	月	日
學制	<input type="checkbox"/> 學士班 <input type="checkbox"/> 交換學生 <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 碩士在職班 <input type="checkbox"/> 博士班																										
系所	系所										年										班						
聯絡住址											電話	家用：_____															
E-mail																											
緊急聯絡人	姓名											關係											電話				

以上部份學生自填 請於體檢前自行填寫完畢，並於體檢當日攜至會場

健康基本資料

個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病

<input type="checkbox"/> 1. 以下皆無	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血：_____
<input type="checkbox"/> 2. 肺結核	<input type="checkbox"/> 9. 血友病	<input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____
<input type="checkbox"/> 3. 心臟病	<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____
<input type="checkbox"/> 4. 肝炎	<input type="checkbox"/> 11. 關節炎	<input type="checkbox"/> 18. 其他：_____
<input type="checkbox"/> 5. 氣喘	<input type="checkbox"/> 12. 糖尿病	
<input type="checkbox"/> 6. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____	
<input type="checkbox"/> 7. 癲癇	<input type="checkbox"/> 14. 癌症：	

若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，可提供就診病歷摘要（含疾病現況及應注意事項），做為照護參考

家族疾病史：曾患有上述疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____

生活型態

1. 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

2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣：1. 每天吃 2. 偶爾 3. 不吃

3. 過去一個月內(不含假日及寒暑假)，若以每週至少運動三次，每次至少30分鐘為基準，心跳達每分鐘130下，您做到了嗎？1. 有 2. 沒有

4. 過去一個月內，吸菸習慣：1. 不吸菸 2. 吸菸，菸量約_____支/天

5. 過去一個月內，喝酒習慣：1. 不喝酒 2. 偶爾喝 3. 時常喝酒，酒量_____杯/天

6. 過去一個月內，嚼食檳榔：1. 不嚼檳榔 2. 嚼食檳榔，量約_____粒/天

7. 常覺得焦慮、憂慮嗎？1. 很少或沒有 2. 偶爾 3. 時常

8. 常覺得胸悶嗎？1. 沒有 2. 偶爾 3. 時常

9. 常覺得胃痛嗎？1. 沒有 2. 偶爾 3. 時常

10. 常覺得頭痛嗎？1. 沒有 2. 偶爾 3. 時常

11. 月經史(女生回答)：(1) 初次月經年齡：_____歲 1. 有 2. 沒有
 (2) 月經是否規律：1. 是(間隔日期_____天) 2. 否
 (3) 有無經痛現象：1. 有 2. 沒有 3. 偶爾

12. 排便習慣：過去7天內，多久排便一次？1. 每天至少一次 2. 兩天 3. 三天 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？
1. 每天少於1小時 2. 每天約1-2小時 3. 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，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

2. 過去一個月，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：_____

口腔

右							左								
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

C=齲齒 X=缺牙 / =阻生牙 △=已矯正

1. 無異狀 2. 牙結石 3. 咬合不正 4. 牙周病

5. 口腔衛生不良 6. 其他

D	M	F	T

健康檢查紀錄表 (由健檢單位填寫)

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
身高：	公分	體重：	公斤	腰圍：	公分
血壓：	/	mmHg	脈搏：	次/分	Recheck： / mmHg 脈搏： 次/分
視力檢查：	<input type="checkbox"/> 裸視 <input type="checkbox"/> 矯正 視力：左眼_____右眼_____				
聽力檢查：	L: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 R: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常				
眼	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 辨色力異常				
	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 斜視：_____		<input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其它_____		
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無異狀		<input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耳道畸形 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耳聾堵塞 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其它		
頭頸	<input type="checkbox"/> 無異狀		<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____		
胸部	<input type="checkbox"/> 無異狀		<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其它_____		
腹部	<input type="checkbox"/> 無異狀		<input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 其它異常_____		
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無異狀		<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 多併指 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 其它_____		
皮膚	<input type="checkbox"/> 無異狀		<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其它_____		
總評建議	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科就醫診治				承辦檢查單位：
	其他建議：				
胸部 X光檢查	檢查日期	檢查結果： <input type="checkbox"/> 無異狀 <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 <input type="checkbox"/> 懷孕 <input type="checkbox"/> 三個月內做過胸部 X光檢查， 故拒做此項檢查者請簽名：_____			X光編號：
備註	為應教學、輔導、醫療之需要，本份資料 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，給導師及特定業務相關人員查詢 簽名：_____				
實驗室檢查	尿液	尿糖：	尿蛋白：	血液常規檢查	白血球 WBC
		尿潛血：	尿酸鹼值：		紅血球 RBC
	肝功能	SGPT：	SGOT：		血色素 Hb
	B型肝炎	HBsAg：	HBsAb：		血小板 PLT
	總膽固醇 TCHOL				血球容積比 Hct
	尿酸 UA	肌酸酐 Crea			平均血球容積 MCV
	尿素氮 BUN				MCH
	麻疹 IgG(外籍生)	德國麻疹 IgG(外籍生)			MCHC
醫師總評及建議					