

長庚大學學生健康資料卡中文版											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	<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																											
	學生本人E-mail											相片黏貼處 (由各校決定是否蒐集)																
	緊急聯絡人、監護人或附近親友	關係	姓名			電話(家)			電話(公)																			
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.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"/> 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.蠱豆症 <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____ <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																											
	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： <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： 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 2. 過去7天內（不含假日），早餐習慣： <input type="checkbox"/> ①都不吃 <input type="checkbox"/> ②有時吃，吃____天 <input type="checkbox"/> ③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) 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"/> ①0天 <input type="checkbox"/> ②1天 <input type="checkbox"/> ③2天 <input type="checkbox"/> ④3天 <input type="checkbox"/> ⑤4天 <input type="checkbox"/> ⑥5天 <input type="checkbox"/> ⑦6天 <input type="checkbox"/> ⑧7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？ <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②已戒除 <input type="checkbox"/> ③有時吸菸（可複選： <input type="checkbox"/> ④傳統菸品、 <input type="checkbox"/> ⑤電子煙、 <input type="checkbox"/> ⑥加熱式菸品等） <input type="checkbox"/> ⑦每天吸菸（可複選： <input type="checkbox"/> ⑧傳統菸品、 <input type="checkbox"/> ⑨電子煙、 <input type="checkbox"/> ⑩加熱式菸品等）。 5. 過去一個月內，你喝酒情形？ <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②有時喝酒 <input type="checkbox"/> ③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"/> 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。 6. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？ <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ④已戒除 7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常 8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常 9. 過去7天內，你多久排便一次？ <input type="checkbox"/> ①每天至少一次 <input type="checkbox"/> ②兩天 <input type="checkbox"/> ③三天 <input type="checkbox"/> ④四天以上 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"/> ①不到2小時 <input type="checkbox"/> ②約2-4小時 <input type="checkbox"/> ③約4小時以上，____小時 11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> ①0次 <input type="checkbox"/> ②1次 <input type="checkbox"/> ③2次 <input type="checkbox"/> ④3次以上 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"/> ①每半年一次 <input type="checkbox"/> ②每年一次 <input type="checkbox"/> ③一年以上 <input type="checkbox"/> ④從來沒有 13. 月經情況（女生回答）：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重 <input type="checkbox"/> 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？ <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																										
		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？請敘述： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 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	<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"/> 未檢查	<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							
口腔篩檢	<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		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（U/L）			
	白血球（103/ μ L）					SGPT（U/L）			
	紅血球（106/ μ L）				血清免疫學	B 型肝炎表面抗原△			
	血小板（103/ μ L）					B 型肝炎表面抗體 △			
	平均血球容（fl）					其他※			
	血球容積比（%）※								
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								