

元培醫事科技大學健康資料卡 (本面由學生自填)

填寫日期： 年 月 日

學 號							身分證字號								
姓 名							性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
行 動 電 話							出生日期	年 月 日							
學 制	日間部： <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 四技(學程) <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 海青班烘焙科第_____期														
	進修部： <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 進專 <input type="checkbox"/> 其他_____														
系(科)所				班級				電話	H: ()						
聯 絡 住 址															
緊急聯絡人	姓名				關係				電話						

相
片
黏
貼
處

領有重大傷病卡，類別_____ 領有身心障礙手冊，類別_____，等級：極重度 重度 中度 輕度

※請勾選本人曾患過的疾病？

1. 肺結核 2. 心臟病 3. 肝炎 4. 腎臟病 5. 氣喘 6. 癲癇 7. 蠶豆症 8. 血友病

9. 紅斑性狼瘡 10. 高血壓 11. 糖尿病 12. 心理或精神疾病 13. 貧血(服藥中) 14. 無疾病史

15. 重大手術 名稱_____ 16. 眼科疾病 名稱_____ 17. 其他_____

疾病史現況或應注意事項：上列勾選疾病目前無需服藥治療及定期回診追蹤
疾病尚未痊癒，需定期回診，最近一次回診年/月_____

※請勾選最合適的選項：	總是這樣 (每週7天)	經常這樣 (每週5-6天)	有時這樣 (每週3-4天)	甚少這樣 (每週1-2天)	從不這樣 (每週0天)
1. 每天吃三份(約一碗半)以上的蔬菜					
2. 每天吃兩份(約兩個拳頭大小)的水果					
3. 每天喝 1500cc 的開水					
4. 喝飲料皆選擇無糖飲料					
5. 吃東西前，我會先評估營養成份與熱量					
6. 會以走樓梯代替坐電梯					
7. 用餐時會優先選擇含蔬食的食品					
8. 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					
9. 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，____天 <input type="checkbox"/> ③每天吃，幾點吃？____點					
10. 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： <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有					
11. 過去一個月內*吸菸行為： <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②偶爾吸菸 <input type="checkbox"/> ③時常吸菸，每天吸菸，____支/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 戒菸意願： <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②無					
12. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②時常喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒，____杯/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 (1杯的定義：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml)					
13. 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，____粒/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除					
14. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常					
15. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常					
16. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常					
17. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常					
18. 月經情況(女生回答) (1)初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，初經年齡：____歲 (2)月經週期？ <input type="checkbox"/> ①≤20天 <input type="checkbox"/> ②21-40天 <input type="checkbox"/> ③≥41天 <input type="checkbox"/> ④不規律(差異7天以上) (3)有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重					
19. 排便習慣：過去7天內，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					
20. 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？ <input type="checkbox"/> ①每天少於1小時 <input type="checkbox"/> ②每天約1-2小時 <input type="checkbox"/> ③每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> ④每天約4-5小時 <input type="checkbox"/> ⑤每天約5小時或以上					
21. 近視度數大於600度嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					

自我 健康 評估	1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前健康狀況是？ <input type="checkbox"/> 極好的 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好
	2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前心理健康是？ <input type="checkbox"/> 極好的 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好
※目前有哪些健康問題?請敘述:	

本校為加強輔導與照顧特殊疾病學生，使之在學期間得到更完善的照顧；學生與家長同意，必要時，本資料提供導師及體育教師作為參考之用。同意 不同意 立書人或法定代理人簽名：

檢查日期	年 月 日	備註(勾選)： <input type="checkbox"/> 未空腹 6-8 小時 <input type="checkbox"/> 生理期第 _____ 天 <input type="checkbox"/> 懷孕，放棄 X 光檢查																																																																						
身高：_____ 公分 體重：_____ kg 腰圍：_____ 公分																																																																								
血壓：_____ / _____ mmHg 脈搏：_____ 次/分 (異常血壓複測值：_____ / _____ mmHg 脈搏：_____ 次/分)																																																																								
視力檢查：裸視 / 矯正：左眼 _____ 右眼 _____ ；辨色力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常																																																																								
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 弱視(左/右/雙眼) <input type="checkbox"/> 全盲(左/右/雙眼) <input type="checkbox"/> 其他：_____	醫師簽章：_____																																																																						
耳鼻咽喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 音叉聽力測試： <input type="checkbox"/> 雙耳正常 <input type="checkbox"/> 左耳異常 <input type="checkbox"/> 右耳異常 <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(蹲踞困難) <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 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																							
牙齒位置圖																																																																								
<table border="1"> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">檢查代碼</td> <td colspan="2">C-齶齒</td> <td colspan="2">X-缺牙</td> <td colspan="2">△-已矯治</td> <td colspan="2">φ-阻生牙</td> <td colspan="2">SP-贅生牙</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>右上</td> <td>18</td> <td>17</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>14</td> <td>13</td> <td>12</td> <td>11</td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>48</td> <td>47</td> <td>46</td> <td>45</td> <td>44</td> <td>43</td> <td>42</td> <td>41</td> <td>31</td> <td>32</td> <td>33</td> <td>34</td> <td>35</td> <td>36</td> <td>37</td> <td>38</td> <td>左下</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					檢查代碼		C-齶齒		X-缺牙		△-已矯治		φ-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																		
		檢查代碼		C-齶齒		X-缺牙		△-已矯治		φ-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	<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：																																																																							
胸部 X 光	檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病癥 <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 _____																																																																							
檢查編號：																																																																								
實驗室檢查				複檢紀錄																																																																				
尿液		血液		生化血清		日期	項目	結果																																																																
比重		WBC		AC sugar																																																																				
PH 值		RBC		TG																																																																				
潛血		Hb		CHOL																																																																				
白血球		Hct		SGOT																																																																				
硝酸鹽		MCV		SGPT																																																																				
尿蛋白		MCH		Bilirubin																																																																				
尿膽紅素		MCHC		BUN																																																																				
尿酮體		PLT		Creatinine																																																																				
尿糖		Lym%		UA		特殊記載																																																																		
尿膽素原		Mono%		HbsAg		其他備註																																																																		
		Neut%		HbsAb																																																																				
		Eosin%		HbeAg																																																																				
		Baso%																																																																						