

東方設計大學學生健康資料卡

(正面請自行填寫)

※以下資料請確實填寫，俾利本中心共同維護您的健康。

填寫日期： 年 月 日

學生基本資料	姓名				學號				學制/系別/班級					
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日		血型				相片黏貼處 2吋照片				
	學生本人手機				身分證字號									
	通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
	緊急聯絡人	關係	姓名		電話		行動電話							

健康基本資料	※過去病史及現在病史請確實填寫打勾，並說明曾患下列何種疾病？使學校相關單位了解，以便緊急事故發生時，可以爭取時效保護您的安全與健康。 ※倘若閣下自行勾選的病情需要求保密，請在此簽名：_____											
	<input type="checkbox"/> 1. 無	<input type="checkbox"/> 7. 癲癇	<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____									
	<input type="checkbox"/> 2. 肺結核	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____									
	<input type="checkbox"/> 3. 心臟病	<input type="checkbox"/> 9. 血友病	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血：_____									
	<input type="checkbox"/> 4. 肝炎	<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____									
<input type="checkbox"/> 5. 氣喘	<input type="checkbox"/> 11. 關節炎	<input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____										
<input type="checkbox"/> 6. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 12. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 18. 其他：_____										
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別_____												
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別_____等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度												
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												
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： <input type="checkbox"/> 每日睡足 7 小時 <input type="checkbox"/> 不足 7 小時 <input type="checkbox"/> 時常失眠											
	2. 過去 7 天內(不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> 都不吃 <input type="checkbox"/> 有時吃，____天 <input type="checkbox"/> 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"/> 0 天 <input type="checkbox"/> 1 天 <input type="checkbox"/> 2 天 <input type="checkbox"/> 3 天 <input type="checkbox"/> 4 天 <input type="checkbox"/> 5 天 <input type="checkbox"/> 6 天 <input type="checkbox"/> 7 天											
	4. 過去一個月內，你吸菸/煙(包括傳統菸品、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形？ <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 已戒除； <input type="checkbox"/> 有時吸菸可複選： <input type="checkbox"/> ((a)傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b)電子煙、 <input type="checkbox"/> c)加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> 每天吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a)傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b)電子煙、 <input type="checkbox"/> c)加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> 已戒除。											
	5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 時常 <input type="checkbox"/> 每天(<input type="checkbox"/> 2 杯以上、 <input type="checkbox"/> 1 杯、 <input type="checkbox"/> 不到 1 杯) <input type="checkbox"/> 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"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 已戒除											
	7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常											
	8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常											
	9. 過去 7 天內，你多久排便一次？ <input type="checkbox"/> 每天至少一次 <input type="checkbox"/> 兩天 <input type="checkbox"/> 三天 <input type="checkbox"/> 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"/> 不到 2 小時 <input type="checkbox"/> 約 2-4 小時 <input type="checkbox"/> 約 4 小時以上，____小時											
	11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> 0 次 <input type="checkbox"/> 1 次 <input type="checkbox"/> 2 次 <input type="checkbox"/> 3 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"/> 每半年一次 <input type="checkbox"/> 每年一次 <input type="checkbox"/> 一年以上 <input type="checkbox"/> 從來沒有											
13. 月經情況(女生回答) (1)有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 嚴重 <input type="checkbox"/> 不知道/拒答 (3)月經週期？ <input type="checkbox"/> ≤20 天 <input type="checkbox"/> 21-40 天 <input type="checkbox"/> ≥41 天 <input type="checkbox"/> 不規律(差異 7 天以上)												

自	1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？ <input type="checkbox"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/> 非常不好											
	2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？ <input type="checkbox"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/> 非常不好											

我 健 康 評 估	※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
-----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

健康檢查紀錄表

檢查項目/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								
BMI：_____										
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"/> 辨色力正常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他_____									
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 聽力異常： <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如： <input type="checkbox"/> 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"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他_____									
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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	<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	異常註記	追蹤	實驗室檢查項目		初查結果	異常註記	追蹤	
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)				血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)				
血液常規檢查	血色素 (g/dl)				腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)				
	白血球 (10 ³ /μL)					尿素氮 (mg/dl)				
	紅血球 (10 ⁶ /μL)					尿酸 (mg/dl)				
	血小板 (10 ³ /μL)				肝功能檢查	麩草醋酸轉氨酶 (U/L)				
	平均血球容積 MCV(fl)					麩丙酮酸轉氨酶 (U/L)				
	血球容積 HCT(%)				血清免疫學	B 型肝炎表面抗原				
				B 型肝炎表面抗體						
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"/> 支氣管擴張 <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"/> 胸廓異常 <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									