

# 國立彰化師範大學 學生健康資料卡

本校在恪守個人資料保護法與尊重隱私權的前提下，配合教育部政策、教學、輔導、醫療與健康相關計畫之需要，依規定提供健康相關統計資料。

大學部 轉學生 復學生 碩士班 博士班 碩士在職班 外籍生 僑生、陸生

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									
	通訊地址						學生本人 行動電話								

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"/> 18.其他：_____     |
| <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.蠶豆症  | <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____   |                                          |

高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於500度？0.無 1.有 2.不知道

領有重大傷病（含罕見疾病）證明卡：0.無 1.有，類別：

領有身心障礙手冊：0.無 1.有，類別：\_\_\_\_\_，等級：1.輕度 2.中度 3.重度 4.極重度

特殊疾病現況或應注意事項：0.無 1.有（請描述）：\_\_\_\_\_

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：0.無 1.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：\_\_\_\_\_，疾病名稱：\_\_\_\_\_，  
2.不知道

## 請勾選最合適的選項：

- 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
- 過去7天內（不含假日），早餐習慣：①都不吃 ②有時吃，吃\_\_\_\_天 ③每天吃：（9點前吃：是 否；9點後吃：是 否）
- 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？①0天 ②1天 ③2天 ④3天 ⑤4天 ⑥5天 ⑦6天 ⑧7天
- 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？①不吸菸 ②已戒除 ③有時吸菸（可複選：④a傳統菸品、④b電子煙、④c加熱式菸品等） ④每天吸菸（可複選：④a傳統菸品、④b電子煙、④c加熱式菸品等）。
- 過去一個月內，你喝酒情形？①不喝酒 ②有時喝酒 ③每天喝酒（不到1杯、1杯、2杯以上） ④已戒除，1杯的定義：啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml。
- 過去一個月內，你嚼檳榔情形？①不嚼檳榔 ②有時嚼檳榔 ③每天嚼檳榔 ④已戒除
- 常覺得憂鬱嗎？①沒有 ②有時 ③時常
- 常覺得焦慮嗎？①沒有 ②有時 ③時常
- 過去7天內，你多久排便一次？①每天至少一次 ②兩天 ③三天 ④四天以上
- 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？①不到2小時 ②約2-4小時 ③約4小時以上，\_\_\_\_小時
- 你通常一天刷牙幾次？①0次 ②1次 ③2次 ④3次以上
- 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？①每半年一次 ②每年一次 一年以上 ④從來沒有
- 月經情況（女生回答）：有無經痛現象？①沒有 ②輕微 ③嚴重 ④不知道/拒答

過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？①非常好 ②好 ③一般 ④不好 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？①非常好 ②好 ③一般 ④不好 ⑤非常不好

目前有哪些健康問題？請敘述：0.無 1.有，是否需學校協助：0.否 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：左眼_____右眼_____ 矯正視力：左眼_____右眼_____							
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 <input type="checkbox"/> 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"/> 耵聹栓塞 <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"/> 蹲距困難 <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"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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
尿糖 (+)(-)				血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)		
尿蛋白 (+)(-)							
尿潛血反應 (+)(-)							
尿膽素元(URO)							
尿液檢查 酸鹼值				腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)		
酮體(KETRITE)							
膽紅素(BILIRUBIN)							
硝酸鹽(NITRITE)					尿酸 (mg/dl)		
比重(SP)							
白血球(WBC)							
血液常規檢查 白血球 ( $10^3/\mu\text{L}$ )				肝功能檢查	SGOT(AST) (U/L)		
血色素 (g/dl)							
紅血球 ( $10^6/\mu\text{L}$ )					SGPT(ALT) (U/L)		
血球容積比 Hct (%)							
紅血球容積 MCV				血清免疫學	B型肝炎表面抗原		
血小板 ( $10^3/\mu\text{L}$ )							
平均紅血球血紅素量					B型肝炎表面抗體		
平均紅血球血紅素濃度							
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"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <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"/> 肺浸潤				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						