

財團法人明志科技大學學生健康資料卡 (學生正楷詳填) 建卡日期： 年 月 日

學號	身分證字號			血型	相片黏貼處	
姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日		
學制	<input type="checkbox"/> 日間 <input type="checkbox"/> 進修 <input type="checkbox"/> 博士班 <input type="checkbox"/> 碩士班 _____ 年制 _____ 系 _____ 年 _____ 班 _____ 號					
通訊地址						
電話(H)		行動電話				
E-mail address :						
緊急聯絡人	及家附長近監親護友人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話
健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病				特殊疾病現況或應注意事項	
	<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"/> 詳如病歷摘要	
	<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						
若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，可提供就診病例摘要（含疾病現況及應注意事項），作為照護參考。						
家族疾病史：曾患有上述疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____						
過去一年生活回顧	※請勾選最合適選項：					
	1. 睡眠習慣： <input type="checkbox"/> ①每日睡足7-8小時 <input type="checkbox"/> ②不足7-8小時 <input type="checkbox"/> ③時常失眠 2. 早餐習慣： <input type="checkbox"/> ①每天吃 <input type="checkbox"/> ②偶爾 <input type="checkbox"/> ③不吃 3. 若以每週至少運動3次，每次至少30分鐘為基準；您做到了嗎： <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有 4. 吸菸習慣： <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②吸菸，菸量約_____支/天 5. 喝酒習慣： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②偶爾喝 <input type="checkbox"/> ③時常喝酒，酒量約_____杯/天 6. 嚼食檳榔： <input type="checkbox"/> ①不嚼食檳榔 <input type="checkbox"/> ②嚼食檳榔，量約_____粒/天 7. 常覺得焦慮、憂慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①很少或沒有 <input type="checkbox"/> ②偶爾 <input type="checkbox"/> ③時常 8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②偶爾 <input type="checkbox"/> ③時常 9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②偶爾 <input type="checkbox"/> ③時常 10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②偶爾 <input type="checkbox"/> ③時常 11. 月經史（女生回答）（1）初次月經年齡：_____歲 (2) 月經是否規律： <input type="checkbox"/> ①是（間隔日期_____天） <input type="checkbox"/> ②否 (3) 有無經痛現象： <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有 <input type="checkbox"/> ③偶爾					
自我健康評估	1. 整體而言，你覺得自己的身體健康狀況與同年齡的人比較是： <input type="checkbox"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②稍微好 <input type="checkbox"/> ③沒有差別 <input type="checkbox"/> ④稍微差 <input type="checkbox"/> ⑤非常差					
	2. 整體而言，你覺得自己的心理健康狀況與同年齡的人比較是： <input type="checkbox"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②稍微好 <input type="checkbox"/> ③沒有差別 <input type="checkbox"/> ④稍微差 <input type="checkbox"/> ⑤非常差					
※目前有哪些健康問題？請敘述：						
大學期間希望了解健康議題(可複選)						
<input type="checkbox"/> 健康體位 <input type="checkbox"/> 健康飲食 <input type="checkbox"/> 睡眠議題 <input type="checkbox"/> 傳染病防治 <input type="checkbox"/> 視力保健 <input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 安全教育 <input type="checkbox"/> 急救訓練 <input type="checkbox"/> 性教育(含愛滋病防治) <input type="checkbox"/> 菸害防制 <input type="checkbox"/> 其他：						

健康檢查記錄表 (由健檢單位填寫)

學 號		姓 名				科 系																																																																																										
項目	日期	年 月 日																																																																																														
一般 檢 查	體 格	身高	cm			體重	kg			腰圍	公分																																																																																					
	血 壓	/				mmHg	脈搏:	次/分/			mmHg																																																																																					
	視 力	裸 視	右:				矯 正	右:																																																																																								
		視 視	左:				正	左:																																																																																								
	辨 色 力	<input type="checkbox"/> 正常		<input type="checkbox"/> 異常		_____																																																																																										
聽 力	右:		左:		<input type="checkbox"/> 異常 _____																																																																																											
口 腔	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">右</td> <td colspan="8" style="text-align: center;">左</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <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> </tr> <tr> <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> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																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																
	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																																																																																	
○=齶齒； x=缺牙； /=阻生牙； △=已矯正																																																																																																
<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 咬合不正																																																																																																
<input type="checkbox"/> 其他 _____ <table style="float: right; border: 1px solid black; text-align: center; width: 100px; height: 40px;"> <tr> <td>D</td><td>M</td><td>F</td><td>T</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																D	M	F	T																																																																													
D	M	F	T																																																																																													
理 學 檢 查	頭 頸 部	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																																														
	耳 鼻 喉	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺肥大 <input type="checkbox"/> 盯聾栓塞 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																																														
	甲 狀 腺	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																																														
	胸 部	心 臟	<input type="checkbox"/> 無異狀 心跳 _____ 次/分 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 心雜音																																																																																													
	肺 臟	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																																														
	腹 部	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																																														
	皮 膚	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 癬、疥瘡、疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 濕疹及其他																																																																																														
	脊 柱 四 肢	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 肌肉骨關節 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																																														
其 他																																																																																																
胸部 X 光																																																																																																
實 驗 室 檢 查	尿 液	尿糖:		尿蛋白:				酸鹼值:				尿潛血:																																																																																				
	血 液 常 規 檢 查	白血球 WBC:		mg/dl				紅血球 RBC:				cu. mm																																																																																				
		血色素 Hb:		cu. mm				血球容積比 Hct:				%																																																																																				
		紅血球平均體積 MCV:		FL																																																																																												
		紅血球平均血紅素 MCH:		pg																																																																																												
		平均血色素濃度 MCHC:		g/dl																																																																																												
		血小板 PLAT:		cu. mm																																																																																												
	肝 功 能	SGOT:		mu/ml				SGPT:				mu/ml																																																																																				
	腎 功 能	Crea:		mg/dl				UA:				mg/dl																																																																																				
	B 型 肝 炎	HBsAg:		HBsAb:																																																																																												
總 膽 固 醇	mg/dl																																																																																															
醫 師 總 評 議					醫 簽				師 章																																																																																							
矯 治 追 蹤 記 載																																																																																																
特 殊 記 載	CO 檢測值:																																																																																															