

## 慈濟大學

## 學生健康資料卡

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		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	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：										
	緊急聯絡人、 監護人或 附近親友	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	相片黏貼處					
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，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：						7. 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					
	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						8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常					
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，_____天 <input type="checkbox"/> ③每天吃，幾點吃？_____點						9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常						
3. 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						10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常						
4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②時常吸菸 <input type="checkbox"/> ③每天吸菸，_____支/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除						11. 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						
5. 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)						(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)						
6. 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						(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						
						12. 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						
						13. 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						
自我健康評估	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"/> ①極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤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"/> ①極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤不好											
	※ 目前有哪些健康問題？請敘述：											
備註	本校依據學校衛生法第8條規定，建立學生健康管理制，針對健康基本資料和健康檢查結果，將進行特殊健康問題追蹤輔導管理制度；因應教學輔導醫療之需求，相關資料有可能提供校內特定業務相關人員查詢。											

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	<input type="checkbox"/> 腰圍_____公分 <input type="checkbox"/> 臀圍_____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 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（蹲距困難） <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	檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 Δ-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：															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 CRE (mg/dl)											
	潛血 (+)(-)					尿酸 UA (mg/dl)											
	酸鹼值 PH					血尿素氮 BUN (mg/dl)											
血液常規檢查	血色素 Hb (g/dl)				肝功能檢查	SGOT (U/L)											
	白血球 WBC (10 <sup>3</sup> /μL)					SGPT (U/L)											
	紅血球 RBC (10 <sup>6</sup> /μL)				血清免疫學	B 型肝炎表面抗原 HBs Ag											
	血小板 PLT (10 <sup>3</sup> /μL)					B 型肝炎表面抗體 Anti HBs											
	平均血球容積 MCV (fl)				其他	梅毒											
	血球容積比 Hct (%)																
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"/> 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																

School Name \_\_\_\_\_ Student Health Examination Form  
 Ministry of Education, Taiwan, R.O.C. (Revised Version)

Student No. \_\_\_\_\_

Contact Information	Date of Entry	(yy)/(mm) /	Dept./Institute/Class			Name		
	Date of Birth	(yy)/(mm)/(dd) / /	Blood Type		Sex	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	I.D. No.	
	Permanent address						Cell phone No.	
	Mailing address	<i>If different from above:</i>						
	Emergency contact (Parents or guardian)	Relationship	Name	Phone (home)	Phone (work)	Cell phone No.	Attach photo here	

Health Information	Medical History	Details of particular item/s or other matters requiring attention
	Please tick any of the following ailments you have had ( <i>please add details for 13. to 18.</i> ):	<input type="checkbox"/> Details given in the attached file.
	<input type="checkbox"/> 1. None <input type="checkbox"/> 7. Epilepsy <input type="checkbox"/> 13. Psychological or mental illness: _____ <input type="checkbox"/> 2. Tuberculosis <input type="checkbox"/> 8. SLE (Lupus) <input type="checkbox"/> 14. Cancer: _____ <input type="checkbox"/> 3. Heart disease <input type="checkbox"/> 9. Hemophilia <input type="checkbox"/> 15. Thalassemia: _____ <input type="checkbox"/> 4. Hepatitis <input type="checkbox"/> 10. G6PD deficiency <input type="checkbox"/> 16. Major surgery: _____ <input type="checkbox"/> 5. Asthma <input type="checkbox"/> 11. Arthritis <input type="checkbox"/> 17. Allergy to: ..... _____ <input type="checkbox"/> 6. Kidney disease <input type="checkbox"/> 12. Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> 18. Other: _____	
	<input type="checkbox"/> Holder of Catastrophic Illness Certificate - Category: _____ <input type="checkbox"/> Holder of Physical/Mental Disability Manual - Category: _____ Level: <input type="checkbox"/> Very serious <input type="checkbox"/> Serious <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Mild	
If you are being treated for or recovering from any of the above or some other disease, please inform the medical personnel and also provide your medical records for the healthcare professionals' references.		
Family medical history: relative with hereditary disease _____ Name of disease _____		

Lifestyle	※ Tick the box that best describes your lifestyle: 1. How much did you sleep during the past 7 days ( <i>not including weekends, or days off</i> )?: <input type="checkbox"/> ① ≥ 7 hours a day <input type="checkbox"/> ② < 7 hours a day <input type="checkbox"/> ③ I suffer from insomnia 2. How many days did you eat breakfast during the past 7 days ( <i>not including weekends, or days off</i> )?: <input type="checkbox"/> ① Never <input type="checkbox"/> ② Seldom: _____ days <input type="checkbox"/> ③ Every day at (time)? _____ 3. During the past month ( <i>not including weekends, days off, or winter or summer vacation</i> ), have you exercised three times a week, for at least 30 minutes each time, and achieving a heartbeat rate of 130 bpm each time?: <input type="checkbox"/> ① Yes <input type="checkbox"/> ② No 4. <u>During the past month, did you smoke?</u> : <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Often <input type="checkbox"/> ③ Every day: _____ # cigarettes per day <input type="checkbox"/> ④ Quit 5. During the past month, did you drink alcohol? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Often <input type="checkbox"/> ③ Every day: _____ # glasses per day <input type="checkbox"/> ④ Quit (Note for ③: please say how many glasses, 'one glass' means: beer 330 ml, wine 120 ml, liquor 45 ml) 6. During the past month, did you chew betel quid? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Often <input type="checkbox"/> ③ Every day, _____ # quids per day <input type="checkbox"/> ④ Quit	7. Do you feel worried or depressed ? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Seldom <input type="checkbox"/> ③ Often 8. Do you regularly feel chest discomfort? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Seldom <input type="checkbox"/> ③ Often 9. Do you regularly feel stomach discomfort? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Seldom <input type="checkbox"/> ③ Often 10. Do you regularly have headaches? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Seldom <input type="checkbox"/> ③ Often 11. Menstrual history ( <i>women only</i> ): (1) Your age at first menstruation: <input type="checkbox"/> ① Haven't begun menstruation yet <input type="checkbox"/> ② Age at first period: _____ (2) Length of menstrual cycle: <input type="checkbox"/> ① ≤ 20 days <input type="checkbox"/> ② 21-40 days <input type="checkbox"/> ③ ≥ 41 days <input type="checkbox"/> ④ irregular ( <i>differing in length by more than 7 days</i> ) (3) Do you have painful menstrual periods? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Light pain <input type="checkbox"/> ③ Severe pain 12. Bowel habits: During the past 7 days, how often did you defecate? <input type="checkbox"/> ① At least once every day <input type="checkbox"/> ② Once in 2 days <input type="checkbox"/> ③ Once in 3 days <input type="checkbox"/> ④ Once in 4 or more days 13. Internet use: During the past seven days ( <i>not including weekends, or days off</i> ), how many hours did you use the internet every day, apart from when doing homework or in class? <input type="checkbox"/> ① ≤ 1 hour <input type="checkbox"/> ② 1-2 (less than) hours <input type="checkbox"/> ③ 2-4 (less than) hours <input type="checkbox"/> ④ 4-5 (less than) hours <input type="checkbox"/> ⑤ ≥ 5 hours
-----------	---	--

Self-rated Health	1. In general, during the past month, would you say your health is <input type="checkbox"/> ① Excellent <input type="checkbox"/> ② Very good <input type="checkbox"/> ③ Good <input type="checkbox"/> ④ Fair <input type="checkbox"/> ⑤ Poor 2. In general, during the past month, would you say your mental health is <input type="checkbox"/> ① Excellent <input type="checkbox"/> ② Very good <input type="checkbox"/> ③ Good <input type="checkbox"/> ④ Fair <input type="checkbox"/> ⑤ Poor
	※ Do you currently have any health concerns? Please give details:

Health Examination Record (to be completed by medical personnel)				Date: Year _____ Month _____ Day _____				Examiner's Signature									
Height: _____ cm    Weight: _____ kg			Optional <input type="checkbox"/> Waistline: _____ cm														
Blood Pressure: _____ / _____ mmHg    Pulse rate: _____ /min																	
Vision:    Uncorrected: Left _____ Right _____    Corrected: Left _____ Right _____																	
Eyes	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Color blindness <input type="checkbox"/> Other: _____															
ENT	<input type="checkbox"/> Normal	Hearing abnormality: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Suspected otitis media ( <i>further diagnosis required</i> ), such as from a perforated ear drum <input type="checkbox"/> Swollen tonsils <input type="checkbox"/> Earwax embolism <input type="checkbox"/> Other: _____															
Head & Neck	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Wry neck (torticollis) <input type="checkbox"/> Abnormal mass <input type="checkbox"/> Other: _____															
Chest	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Cardiopulmonary disease <input type="checkbox"/> Abnormal thorax <input type="checkbox"/> Other: _____															
Abdomen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormally swollen <input type="checkbox"/> Other: _____															
Spine & limbs	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Scoliosis <input type="checkbox"/> Limb deformity <input type="checkbox"/> Bowlegged (Difficulty squatting) <input type="checkbox"/> Other: _____															
Genitourinary system	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Not checked	<input type="checkbox"/> Abnormal foreskin <input type="checkbox"/> Varicocele <input type="checkbox"/> Other: _____															
Skin	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ringworm <input type="checkbox"/> Scabies <input type="checkbox"/> Wart <input type="checkbox"/> Atopic dermatitis <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Other: _____															
Oral	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Poor oral hygiene <input type="checkbox"/> Calculus <input type="checkbox"/> Gingivitis <input type="checkbox"/> Periodontitis <input type="checkbox"/> Dental malocclusion <input type="checkbox"/> Abnormal Oral Mucosa <input type="checkbox"/> Other: _____															
Dentition status: C-cavity; X-missing; Δ- filled; ψ- impacted tooth; Sp.- supernumerary tooth																	
Upper Right	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Upper left
Lower Right	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Lower Left
Summary								Stamp of hospital/clinic where examination was done									
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Requires a consultation with a: _____ <input type="checkbox"/> Other: _____																	
Laboratory Tests		1 <sup>st</sup> test	Result		Laboratory Tests		1 <sup>st</sup> test	Result									
			Abnormal	Follow up				Abnormal	Follow up								
Urinalysis	Protein (+) (-)				Blood lipid	Total cholesterol (mg/dl)											
	Sugar (+) (-)					Renal function	Creatinine (mg/dl)										
	O.B. (+) (-)						UA (mg/dl)										
	pH						BUN (mg/dl) ※										
Blood test	Hb (g/dl)				Liver function	SGOT (U/L)											
	WBC (10 <sup>3</sup> /μL)					SGPT (U/L)											
	RBC (10 <sup>6</sup> /μL)				Hepatitis B	HbsAg											
	Platelet count (10 <sup>3</sup> /μL)					HbsAb											
	MCV (fl)				Other	STS-RPR											
	Hct (%)※																
Chest X-ray	Date of X-ray	Result:					Further treatment, date, and comment:										
		<input type="checkbox"/> No obvious abnormality <input type="checkbox"/> R/O TB <input type="checkbox"/> TB-related Calcification <input type="checkbox"/> Abnormal thorax <input type="checkbox"/> Pleura cavity edema <input type="checkbox"/> Scoliosis <input type="checkbox"/> Cardiomegaly <input type="checkbox"/> Bronchiectasis <input type="checkbox"/> Other: _____															
Other tests	Item	Date	Checked by	Result	Referred for follow-up, comment:												
Summary	Summary of health examination results, for follow-up or treatment, and case management outline																