

國立臺北藝術大學 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	血型		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					

- 我已詳讀本次新生體檢公告，知悉相關措施及注意事項，同意參加校內體檢。
- (女性請填寫)本人確定無懷孕 同意接受 X 光檢查
- 您是否接受上網查詢報告服務? 同意 不同意 (未參加校內體檢者，無法提供此服務)

簽名：_____

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，原因：_____								
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，障別：_____ 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 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 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 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 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 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml) 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				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 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 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 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 (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 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:			

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						BMI：_____							
血壓：_____/____mmHg						脈搏：_____次/分						體脂率：_____%													
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 檢查代碼 C-齶齒 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		異常註記		追蹤		實驗室檢查項目		初查結果		檢查結果		異常註記		追蹤							
尿液檢查		尿蛋白 (+)(-)								血脂肪		總膽固醇 (mg/dl)													
		尿糖 (+)(-)								腎功能檢查		肌酸酐 (mg/dl)													
		潛血 (+)(-)										尿酸 (mg/dl)													
		酸鹼值										血尿素氮 (mg/dl)※													
血液常規檢查		血色素 (g/dl)								肝功能檢查		麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)													
		白血球 (10 ³ /μL)										麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)													
		紅血球 (10 ⁶ /μL)								血清免疫學		B型肝炎表面抗原													
		血小板 (10 ³ /μL)										B型肝炎表面抗體													
		平均血球容積 MCV(fl)								其他															
		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																							