

# 國立臺北藝術大學學生健康資料卡

## TNUA Student Health Form

學號 Student ID no.	身分證字號 ID no. (Passport no.)	血型 Blood type	
姓名 Name	<input type="checkbox"/> 男 male	<input type="checkbox"/> 女 female	出生日期 Date of birth 年 月 日 (yy / mm / dd)
系列系所 Department	_____ 系(所)Department <input type="checkbox"/> 七年一貫制 Sevev-year program <input type="checkbox"/> 學士班 Bachelor's degree program <input type="checkbox"/> 碩士班 Master program <input type="checkbox"/> 博士班 Ph. D. program <input type="checkbox"/> 碩士在職班 Master continuing education program <input type="checkbox"/> 轉學生 Transferred student		
連絡地址 Address	電話 Phone no.		
※為方便檢查追蹤，請留下 E-mail address:		行動電話 cell phone no.:	
緊急聯絡人 Emergency contact person	姓名 Name	關係 Relationship	
	電話 Phone no.	行動電話 cell phone no.	
過去病史	※曾患下列疾病？請打勾。 Please check if you have ever had the medical history of : <input type="checkbox"/> 肺結核 Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> 紅斑性狼瘡 Lupus erythematosus <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 Polio <input type="checkbox"/> 心臟病 Heart disease <input type="checkbox"/> 血友病 Hemophilia <input type="checkbox"/> 海洋性貧血 Thalassemia <input type="checkbox"/> 肝炎 Hepatitis <input type="checkbox"/> 蠶豆症 G6PD deficiency <input type="checkbox"/> 精神疾病 mental disorder <input type="checkbox"/> 三年內氣喘發作過 (Yes, I got asthma within three years) <input type="checkbox"/> 關節炎 Arthritis <input type="checkbox"/> 重大手術 Major surgery : _____ <input type="checkbox"/> 腎臟病 Nephralgia <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 藥物過敏 Allergic to medicine: _____ <input type="checkbox"/> 癲 癇 Epilepsy <input type="checkbox"/> 癌症 Cancer <input type="checkbox"/> 食物過敏 Allergic to food: _____ <input type="checkbox"/> 其 他 Anything else ? _____ 有過去病史者請續填 If with medical history, please continue : 過去病史概況 brief description of past medical history : _____ 目前是否仍須就醫 still under medical treatment ? <input type="checkbox"/> 否，已痊癒 No, fully recovered <input type="checkbox"/> 否，沒在治療 No,not under any treatment <input type="checkbox"/> 是，需定期回診 Yes, regularly <input type="checkbox"/> 是，需要時回診 Yes, when necessary 是否需要學校協助 Do you need medical assistance from TNUA ? <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/> 是，我需要的協助是 Yes, please assist me in : _____		
	家族病史	※請在家族患過的病史前打勾。 Please check if your families have ever had the medical history of: <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 血友病 Hemophilia <input type="checkbox"/> 其他 Other _____ <input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension <input type="checkbox"/> 蠶豆症 G6PD deficiency <input type="checkbox"/> 何種癌症? What kind of cancer ? _____	
過去一年生活回顧	※請勾選最適合的選項：Choose the most appropriate answer applicable to you in the past one year~Please check: 1.睡眠時間(How many hours do you sleep a day?): <input type="checkbox"/> 每天睡足 7~8 小時(7~8 hours or more) <input type="checkbox"/> 不足 7~8 小時(less than 7~8 hours) <input type="checkbox"/> 時常失眠(Insomnia) 2.早餐習慣(Do you have breakfast?): <input type="checkbox"/> 每天吃(Everyday) <input type="checkbox"/> 偶而(Occasionally) <input type="checkbox"/> 不吃(No) 3.運動習慣(How many times do you exercise a week?) <input type="checkbox"/> 不運動(No) <input type="checkbox"/> 有(yes)，_____次/週 (times/week) 4.吸菸習慣(Do you smoke?): <input type="checkbox"/> 不吸菸(No) <input type="checkbox"/> 吸菸(Yes)，菸量約_____支/天(cigarettes/day) 5.喝酒習慣(Do you drink?): <input type="checkbox"/> 不喝酒(No) <input type="checkbox"/> 偶而喝(Occasionally) <input type="checkbox"/> 時常喝酒(Often)，酒量約_____杯/天(glasses/day) 6.嚼食檳榔(Do you chew betel nuts?): <input type="checkbox"/> 不嚼食檳榔(No) <input type="checkbox"/> 嚼食檳榔(Yes)，量約_____粒/天(nuts/day) 7.常覺得焦慮、憂慮嗎(Do you feel anxious or depressed)? <input type="checkbox"/> 很少或沒有(Never or Seldom) <input type="checkbox"/> 偶而(Occasionally) <input type="checkbox"/> 時常(Often) 8.常覺得胸悶嗎(Do you feel suffocated)? <input type="checkbox"/> 很少或沒有(Never or Seldom) <input type="checkbox"/> 偶而(Occasionally) <input type="checkbox"/> 時常(Often) 9.常覺得胃痛嗎(Do you feel stomachache)? <input type="checkbox"/> 很少或沒有(Never or Seldom) <input type="checkbox"/> 偶而(Occasionally) <input type="checkbox"/> 時常(Often) 10.常覺得頭痛嗎(Do you feel headache)? <input type="checkbox"/> 很少或沒有(Never or Seldom) <input type="checkbox"/> 偶而(Occasionally) <input type="checkbox"/> 時常(Often) 11.有無月經痛(女生回答)(Do you have Painful periods "for ladies")? <input type="checkbox"/> 有(Yes) <input type="checkbox"/> 沒有(No) 12.上床睡覺時間 (以過去 2 個月為基準) (What time do you go to bed in the past two months?): <input type="checkbox"/> 10~12 時(10pm~12am) <input type="checkbox"/> 0~2 時(0am~2am) <input type="checkbox"/> 2 時之後(after 2am) 13.宵夜習慣(Do you have night snacks?): <input type="checkbox"/> 每天吃(Everyday) <input type="checkbox"/> 偶而(Occasionally) <input type="checkbox"/> 不吃(No)		
自我健康評估	Access your health condition : 1.整體而言，您覺得自己的健康狀況與同齡的人比較是(Comparing with people of your age, you feel your health condition is): <input type="checkbox"/> 非常好 very good <input type="checkbox"/> 稍微好 fairly good <input type="checkbox"/> 沒有差別 average <input type="checkbox"/> 稍微差 worse <input type="checkbox"/> 非常差 very bad 2.是否領有重大傷病卡(Do you have "IC Cards for Severe Illness")? <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/> 是 Yes, 類別 Type _____, 保險類別 nsurance Type _____ <input type="checkbox"/> 全民健保 National Health Insurance <input type="checkbox"/> 學生團體保險 Student-group Insurance <input type="checkbox"/> 其他 Others 3.是否領身心障礙手冊/殘障手冊? Do you have "Disability Card"? <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/> 是 Yes, 類別 Type _____, 等級 Grade <input type="checkbox"/> 極重度 Extremely severe <input type="checkbox"/> 重 Severe <input type="checkbox"/> 中度 Moderate <input type="checkbox"/> 輕度 Mild ※目前有那些健康問題?請詳述(Please describe health-related problems if you have had): _____ ※為提供更完善的輔導與協助，本中心將 (In order to offer perfect coaching and assistance, we will : 1.提供您的過去病史給相關輔導師長，您的相關權益並不會因為您同意與否而有所影響 offer the medical history, to tutors. Your relevant rights will not be affected by your agreement or not. <input type="checkbox"/> 同意 agree <input type="checkbox"/> 不同意 disagree 2.本次檢查結果內容書面報告另將郵寄給家長或緊急聯絡人一份。(非由本校合約醫院完成體檢者無此功能) Also it will be mailed to your parents or emergency contact person. (If your physical examination is not complete by TNUA contract hospital, the website search is not provided here.)		
簽名 Sign : _____			

# 健康檢查紀錄表

## Health Examination Record

粗框內資料請詳細填寫

學號 Student Id No.		姓名 Name		科別系所 Department		
檢查日期 Date		年 Year		月 Mon		
		日 Day				
檢查項目 Item		檢 查 結 果 Results Of Exam.				
一 般 檢 查  General Exam.	體格 Build	身高 Height	cm	體重 Weight	kg	
	血壓 Blood pressure	mmHg		體脂率 Body fat	%	
	視力 Vision	裸視 Naked eye	右/R:	矯正 Corrected	右/R:	
					左/L:	左/L:
	辨色力 Color blindness	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____				
聽力 Hearing Test	右/R	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____		左/L	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____	
口腔 Oral Cavity		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>右 <u>18 17 16 15 14 13 12 11</u>   <u>21 22 23 24 25 26 27 28</u></span> <span>C=齶齒 Dental Cavities X=缺牙 Anodontia</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38</span> <span>/=阻生牙 Hinder    <input type="checkbox"/>=已矯治 Corrected</span> </div> <hr/> <input type="checkbox"/> 牙周病 Periodontal Disease <input type="checkbox"/> 牙結石 Dental Plaque <input type="checkbox"/> 咬合不正 Malocclusion <input type="checkbox"/> 其他 Other _____				
理 學 檢 查  Physical Exam.	耳 部 Ear		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 Tonsil Enlargement <input type="checkbox"/> 其他 Other _____			
	頭頸部 Head & Neck	斜 頸 Torticollis	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____			
		異常腫塊 Abnormal Mass	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____			
		甲 狀 腺 Thyroid Gland	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____			
	胸 部 Chest	心肺疾病 Cardiac and Pulmonary disease	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal    心跳 Pulse Rate _____ 次/分(times/rate) <input type="checkbox"/> 心雜音 Heart murmur <input type="checkbox"/> 心律不整 Cardiac arrhythmia <input type="checkbox"/> 其他 Other _____			
		胸廓異常 Abnormal Thorax	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 氣喘 Asthma <input type="checkbox"/> 其他 Other _____			
	腹 部 Abdomen		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 Splenohepatomegoly <input type="checkbox"/> 其他 other _____			
	脊柱四肢 Spine & Limb		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 肢體畸形 Limb deformity <input type="checkbox"/> 青蛙肢 Gluteal Maximum muscle contracture <input type="checkbox"/> 其他 Other _____			
皮膚 Skin		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____				
其他 Other		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____				
尿液四項 Urinalysis		肝炎肝功能 Hepatitis & Liver Function		血液八項檢查: Complete Blood Count		
尿蛋白 Protein		HBsAg		白血球 WBC	10 <sup>3</sup> /uL	
尿 糖 Sugar		HBsAb		紅血球 RBC	10 <sup>6</sup> /uL	
酸鹼值 PH		HBeAg		血紅素 Hb	g/uL	
潛血反應 O.B		SGOT	U/L	Hct	%	
血脂肪 Blood Lipid		SGPT		體格缺點及建議 Physical defects and suggestions:		
總膽固醇 Cholesterol	mg/dL	腎 功 能  Renal function	尿素氮 BUN			
三酸甘油酯 Triglyceride	mg/dL		肌酐酸 Cr	mg/dL		
低密度脂蛋白 LDL	mg/dL		尿 酸 UA	mg/dL		
高密度脂蛋白 LDL	mg/dL		飯前空腹血糖 AC Sugar	mg/dL		
醫師簽章 Doctor's Signature				胸部 X 光攝影 Chest Radiograph		
矯治追蹤記錄 Records of treatment				<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____		
特殊記載 Remarks						