

# 開南大學教職員工健康資料卡

學生基本資料	到職日期	年 月	服務單位				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							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												
	<input type="checkbox"/> 1.無			<input type="checkbox"/> 7.癲癇			<input type="checkbox"/> 13.慢性氣管炎、肺氣腫			<input type="checkbox"/> 19.手術名稱：_____			
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核			<input type="checkbox"/> 8.高血壓			<input type="checkbox"/> 14.甲狀腺疾病			<input type="checkbox"/> 20.癌症：_____			
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病			<input type="checkbox"/> 9.白內障			<input type="checkbox"/> 15.聽力障礙			<input type="checkbox"/> 21.骨折：_____			
	<input type="checkbox"/> 4.肝炎			<input type="checkbox"/> 10.中風			<input type="checkbox"/> 16.中耳炎			<input type="checkbox"/> 22.其他慢性病：_____			
生活型態	<input type="checkbox"/> 5.氣喘			<input type="checkbox"/> 11.貧血			<input type="checkbox"/> 17.逆流性食道炎						
	<input type="checkbox"/> 6.腎臟病			<input type="checkbox"/> 12.糖尿病			<input type="checkbox"/> 18.消化性潰瘍、胃炎						
	<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												
自我健康評估	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"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常						
	1. 過去7天內（不含假日），睡眠習慣： <input type="checkbox"/> 每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> 不足7小時 <input type="checkbox"/> 時常失眠						8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常						
生活型態	2. 過去7天內（不含假日），早餐習慣： <input type="checkbox"/> 都不吃 <input type="checkbox"/> 有時吃，_____天 <input type="checkbox"/> 每天吃，幾點吃？_____點						9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常						
	3. 過去一個月內，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"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有						10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常						
生活型態	4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 偶爾吸 <input type="checkbox"/> 幾乎每天吸，_____支/天 <input type="checkbox"/> 已戒除，戒了_____年_____個月						11. 排便習慣：過去7天內，多久排便一次？ <input type="checkbox"/> 每天至少一次 <input type="checkbox"/> 兩天 <input type="checkbox"/> 三天 <input type="checkbox"/> 四天以上						
	5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 偶爾喝 <input type="checkbox"/> 幾乎每天喝，_____杯/天（1杯的定義：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml） <input type="checkbox"/> 已戒酒，戒了_____年_____個月						12. 網路使用習慣：過去7天內（不含假日）每日除了上課或上班需要之外，累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/> 每天少於1小時 <input type="checkbox"/> 每天約1~2小時 <input type="checkbox"/> 每天約2~4小時 <input type="checkbox"/> 每天約4~5小時 <input type="checkbox"/> 每天約5小時或以上						
生活型態	6. 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/> 不嚼 <input type="checkbox"/> 偶爾嚼 <input type="checkbox"/> 幾乎每天嚼，_____粒/天 <input type="checkbox"/> 已戒除，戒了_____年_____個月						13. 您最近三個月是否常有下列症狀： <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咳痰 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 耳鳴 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 上背痛 <input type="checkbox"/> 下背痛 <input type="checkbox"/> 手腳麻木 <input type="checkbox"/> 關節疼痛 <input type="checkbox"/> 排尿不適 <input type="checkbox"/> 多尿、頻尿 <input type="checkbox"/> 手腳肌肉無力 <input type="checkbox"/> 體重減輕3公斤以上 <input type="checkbox"/> 其他症狀_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無						
	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"/> 極好的 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好												
自我健康評估	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"/> 極好的 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好												
	※ 目前有哪些健康問題？請敘述：												

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							
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_____							
呼吸系統	<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_____							
消化系統	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____							
神經系統	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常_____							
肌肉骨骼	<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_____							
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_____							
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      (+)(-)				腎功能	肌酸酐      mg/dl			
	尿糖      (+)(-)				肝功能	麴胺酸丙酮酸轉胺酶      U/L			
	潛血      (+)(-)				血脂肪	總膽固醇      mg/dl			
	酸鹼值					三酸甘油酯      mg/dl			
血液常規檢查	血色素      g/dl				糖尿病	血糖      mg/dl			
	白血球      10 <sup>3</sup> /μL								
	紅血球      10 <sup>6</sup> /μL								
	血小板      10 <sup>3</sup> /μL								
	平均血球容積 MCV      fl								
	血球容積比 Hct      %								
胸部 X 光檢查	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	<input type="checkbox"/> 檢查結果大致正常，請定期健康檢查。 <input type="checkbox"/> 檢查結果部分異常，宜在____年____月____日前至醫療機構_____科，實施健康追蹤檢查。 <input type="checkbox"/> 其他：								