

# 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：_____			
<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								
	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				
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					
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					
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_____					
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"/> 極好的 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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"/> 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：								

<b>檢查項目</b>		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					
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		
<b>實驗室檢查項目</b>		<b>初查結果</b>	<b>檢查結果</b>		<b>實驗室檢查項目</b>		<b>初查結果</b>	<b>檢查結果</b>	
			異常註記	追蹤				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	麩胺酸丙酮酸轉胺酶 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____日以前至醫療機構_____科，實施健康追蹤檢查。 <input type="checkbox"/> 其他：_____								