

開南大學學生健康資料卡

										學號																
學生基本資料	入學日期		年 月		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													
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：																									
	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 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 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"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 時常吸 <input type="checkbox"/> 每天吸，_____支/天 <input type="checkbox"/> 已戒除 5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 時常喝 <input type="checkbox"/> 每天喝，_____杯/天 <input type="checkbox"/> 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"/> 不嚼 <input type="checkbox"/> 時常嚼 <input type="checkbox"/> 每天嚼，_____粒/天 <input type="checkbox"/> 已戒除										7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 11. 月經情況（女生回答） （1）初次月經 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，初經年齡：_____歲 （2）月經週期？ <input type="checkbox"/> ≤20 天 <input type="checkbox"/> 21~40 天 <input type="checkbox"/> ≥41 天 <input type="checkbox"/> 不規律（差異 7 天以上） （3）有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 嚴重 12. 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 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"/> 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															
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：																									

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				自選項目： <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_____															
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		檢查代碼		C-齲齒		X-缺牙		△-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 (+)(-)										腎功能檢查		肌酸酐 mg/dl							
		尿糖 (+)(-)												尿酸 mg/dl							
		潛血 (+)(-)												血尿素氮 mg/dl							
		酸鹼值																			
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										血脂肪		總膽固醇 mg/dl							
		血小板 10 ³ /μL												三酸甘油酯 mg/dl							
		平均血球容積 MCV fl												高密度脂蛋白膽固醇 mg/dl							
		血球容積比 Hct %												低密度脂蛋白膽固醇 mg/dl							
血清免疫學		B 型肝炎表面抗原										其他		血糖 mg/dl							
		B 型肝炎表面抗體																			
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																					