

拾、113 學年度新生健檢須知

- (一) 為維護學生健康，依教育部規定本校新生（含學士班、碩士班、碩士在職專班、進修部、外籍生、學分班、轉學生、短期研修生）入學時均應完成體檢，並於開學二週內自行繳交健檢報告(影本)至體育與衛生保健組(S113)，未依規定接受健康檢查之學生，將依「開南大學學生健康檢查實施暨管理辦法」第十條規定，延遲發予學生證，並通知所屬院、系所主管及班導師督促完成，以保障全校師生之健康。
- (二) 請填寫『開南大學新生健康特殊狀況調查表』，若無特殊或須追蹤之疾病則不需填寫。表單請由家長填寫，若已滿 20 歲可由本人填寫，並於開學後兩週內繳交至體育與衛生保健組(S113)。
- (三) 本校休退學的學生，在休退學前已繳交健檢報告，其中胸部 X 光檢查必須 3 個月內有效，其他項目檢查 1 年內有效，超過期限之項目需重新檢查。
- (四) 他校轉入的學生，可攜帶原學校之健康檢查報告，再填寫本校『開南大學學生健康資料卡』之基本資料，繳交學務處體育與衛生保健組(S113)，未繳交者視同未完成健康檢查。健檢報告項目胸部 X 光檢查 3 個月內有效，其他項目檢查 1 年內有效，超過期限之項目需重新檢查。
- (五) 自行體檢者請於本校首頁→新生專區→學務訊息→新生健康資料卡下載(此表格為正反二面，須自行影印)，請持『開南大學學生健康資料卡』至合格的醫院體檢。
- (六) 本校簽約之敏盛醫院經國院區（桃園市經國路 168 號 B1 健檢中心），健康檢查之金額為新台幣 1000 元整。亦可自行赴其他合格醫院健檢，並將檢查完成之健檢報告送至體育與衛生保健組（S113）。
- (七) 健檢者請攜帶身分證、健保卡。抽血部分須禁食 8 小時，早上檢查者請於零時零分後禁食(午夜前請適量進食以防隔天低血糖)、下午檢查者請於早餐後禁食。若當天無禁食，抽血時請告知醫院工作人員。X 光檢查時如有懷孕，請於檢查前先告知醫院工作人員。
- (八) 有關外籍學生健康檢查，與本國籍檢查項目不同，請至學務處網頁/體育與衛生保健組/表單下載/居留或定居健康檢查表。<https://sa.knu.edu.tw/p/406-1005-19412,r512.php?Lang=zh-tw> 外國人健檢，須至指定醫院健檢：<https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/nU7y97g0GqJbB3kn5B-nPg> 到院健檢準備資料：護照正本、照片 3 張、德國麻疹和麻疹接種證明。
- (九) 其他：
請隨時查閱本校新生入學網站之相關規定；或電洽本校學務處體育與衛生保健組 03-3412500，分機 1532、1535。（上班時間：星期一至五 08：00~19：00、休息時間：12：00~13：00、17：00~17：30，寒暑假上班日 09:00~16:00）

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.蠱豆症 <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____											
生活型態	<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：_____											
	高度近視：目前左右一眼有沒有近視大於 500 度？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不知道											
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡， <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，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： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不知道，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____											
	※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，9 點前吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 過去 7 天內，你進行中強度以上(活動時可交談，但無法唱歌)的運動、健身和休閒性身體活動，累計至少 10 分鐘有幾天？ <input type="checkbox"/> 0 天 <input type="checkbox"/> 1 天 <input type="checkbox"/> 2 天 <input type="checkbox"/> 3 天 <input type="checkbox"/> 4 天 <input type="checkbox"/> 5 天 <input type="checkbox"/> 6 天 <input type="checkbox"/> 7 天 4. 過去一個月內，吸菸/煙(傳統紙菸、電子煙及加熱菸品等新興菸品)情形？ <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 有時吸菸(<input type="checkbox"/> 傳統菸、 <input type="checkbox"/> 電子煙 <input type="checkbox"/> 加熱式菸等) <input type="checkbox"/> 每天吸(<input type="checkbox"/> 傳統菸、 <input type="checkbox"/> 電子煙 <input type="checkbox"/> 加熱式菸等) <input type="checkbox"/> 已戒除 5. 過去一個月內，喝酒情形： <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 有時喝 <input type="checkbox"/> 每天喝(<input type="checkbox"/> 2 杯以上、 <input type="checkbox"/> 1 杯、 <input type="checkbox"/> 不到 1 杯) <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"/> 無 <input type="checkbox"/> 時常嚼 <input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 已戒除 7. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常 8. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常 9. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> 0 次 <input type="checkbox"/> 1 次 <input type="checkbox"/> 2 次 <input type="checkbox"/> 3 次以上 10. 在沒有牙痛或其他口腔不舒服的情況下，你多久做口腔檢查？ <input type="checkbox"/> 每半年一次 <input type="checkbox"/> 每年一次 <input type="checkbox"/> 一年以上 <input type="checkbox"/> 從來沒有 11. 月經情況(女生回答)有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 嚴重 <input type="checkbox"/> 不知道/拒答 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. 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"/> 少於 2 小時 <input type="checkbox"/> 約 2~4 小時 <input type="checkbox"/> 約 4 小時以上，____小時					

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 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		實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果			
			異常	註記	追蹤				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					肝功能檢查	麴胺酸草醋酸轉胺酶 U/L				
血液常規檢查	血色素 g/dl						血脂肪	麴胺酸丙酮酸轉胺酶 U/L			
	白血球 $10^3/\mu\text{L}$					總膽固醇 mg/dl					
	紅血球 $10^6/\mu\text{L}$					三酸甘油酯 mg/dl					
	血小板 $10^3/\mu\text{L}$					高密度脂蛋白膽固醇 mg/dl					
	平均血球容積 MCV fl					低密度脂蛋白膽固醇 mg/dl					
	血球容積比 Hct %					其他	血糖 mg/dl				
血清免疫學	B 型肝炎表面抗原										
	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											