

中州科技大學 學生健康資料卡 (本頁學生自填)

學號 Student ID No.	
----------------------	--

學生基本資料	入學日期	年 月	部別、系所、班級 Department, Grade, Class			姓名 name	
	出生日期 Date of Birth	年 月 日 yyyy/mm/dd	血型 Blood type	性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 Male Female	身分證字號 (passport No.)	
	戶籍地址 Resident Address					學生本人行動電話 Mobile Phone Number	
	現居地址 Address	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：				相片黏貼處 photo	
	緊急聯絡人 Emergency Contact	關係 relationship	姓名 name	電話 Phone no	行動電話 Cell phone no		

健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病 Please check if you have medical history of :			特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要
	<input type="checkbox"/> 1.無 None	<input type="checkbox"/> 7.癲癇 Epilepsy	<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病 Mental or psychological disease :	
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核 Tuberculosis	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 SLE	<input type="checkbox"/> 14.癌症 Cancer : _____	
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病 Heart disease	<input type="checkbox"/> 9.血友病 Hemophilia	<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血 Thalassemia: _____	
	<input type="checkbox"/> 4.肝炎 Hepatitis	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症 G6PD deficiency	<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱 Any surgery: _____	
<input type="checkbox"/> 5.氣喘 Asthma	<input type="checkbox"/> 11.關節炎 Arthritis	<input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱 Allergic to: _____		
<input type="checkbox"/> 6.腎臟病 renal diseases	<input type="checkbox"/> 12.糖尿病 Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> 18.其他 Anything else : _____		
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別 _____ Have major illness certificate, type _____				
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別 _____ 等級：Have physical disabilities handbook, type _____ Level <input type="checkbox"/> 極重度 Extreme <input type="checkbox"/> 重度 Severe <input type="checkbox"/> 中度 Moderate <input type="checkbox"/> 輕度 Mild				
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 If you are presently suffering form any of the abovemention conditions and are currently under treatment, related medical records(including current status and medical alert notices) may be provided as reference.				
家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 _____，疾病名稱 _____ Famely medical history: Which if any, of your family members have hereditary medical conditions/illness? _____ Condition/illness? _____				

生活型態	※ 請勾選最合適的選項: Select the most appropriate items applied to you in the past one year.	
	1. 過去 7 天內 (不含假日)，睡眠習慣: How many hours do you sleep a day? <input type="checkbox"/> ①每日睡足 7 小時 7 hours or more <input type="checkbox"/> ②不足 7 小時 less than 7 hours <input type="checkbox"/> ③時常失眠 I have insomnia	9. 常覺得胃痛嗎? Do you have abdominal pain? <input type="checkbox"/> ①沒有 No <input type="checkbox"/> ②很少 sometimes <input type="checkbox"/> ③時常 often
	2. 過去 7 天內 (不含假日)，早餐習慣: Do you have breakfast? <input type="checkbox"/> ①都不吃 No <input type="checkbox"/> ②有時吃，____天 Occasionally ____ day <input type="checkbox"/> ③每天吃，幾點吃? ____點 Everyday ____ a.m.	10. 常覺得頭痛嗎? Do you have headache? <input type="checkbox"/> ①沒有 No <input type="checkbox"/> ②很少 sometimes <input type="checkbox"/> ③時常 often
	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: Do you exercise at least 3 times a week and at least 30 minutes each time? <input type="checkbox"/> ①有 Yes <input type="checkbox"/> ②沒有 No	11. 月經情況 (女生回答) Menstrual period history (female student only) (1) 初次月經 At what age did you have your first menstrual period? <input type="checkbox"/> ①無 No <input type="checkbox"/> ②有，初經年齡: ____歲 Yes, (Interval: __days)
	4. 過去一個月內，吸菸行為: Smoking habit <input type="checkbox"/> ①不吸菸 No <input type="checkbox"/> ②時常吸菸 often <input type="checkbox"/> ③每天吸菸，____支/day cigarettes/day <input type="checkbox"/> ④已戒除	(2) 月經週期? Do you have regular period cycles? <input type="checkbox"/> ① ≤ 20 天 less than 20 days <input type="checkbox"/> ② 21-40 天 20 days to 40 days <input type="checkbox"/> ③ ≥ 41 天 more than 41 days <input type="checkbox"/> ④不規律 (差異 7 天以上) irregular
	5. 過去一個月內，喝酒行為: Drinking habit <input type="checkbox"/> ①不喝酒 No <input type="checkbox"/> ②時常喝酒 often <input type="checkbox"/> ③每天喝酒，____杯/day glasses/day <input type="checkbox"/> ④已戒除 (1 杯的定義 glass: 啤酒 beer 330 ml、葡萄酒 wine 120 ml、烈酒 45 ml)	(3) 有無經痛現象? Do you suffer from menstrual cramps? <input type="checkbox"/> ①沒有 No <input type="checkbox"/> ②輕微 sometimes <input type="checkbox"/> ③嚴重 Yes
	6. 過去一個月內，嚼檳榔: Do you chew betel nuts? <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 No <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 often <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔，____粒/day nuts/day <input type="checkbox"/> ④已戒除	12. 排便習慣: 過去 7 天內，多久排便一次? How often do you excrete? <input type="checkbox"/> ①每天至少一次 everyday <input type="checkbox"/> ②兩天 2 days <input type="checkbox"/> ③三天 3 days <input type="checkbox"/> ④四天以上 more than 4 days
	7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎? Do you feel anxious or depressed? <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 很少 sometimes <input type="checkbox"/> 時常 often	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? how often do you use internet in the past a week? <input type="checkbox"/> ①每天少於 1 小時 less than 1 hour a day <input type="checkbox"/> ②每天約 1-2 小時 1-2 hours a day <input type="checkbox"/> ③每天約 2-4 小時 2-4 hours a day <input type="checkbox"/> ④每天約 4-5 小時 4-5 hours a day <input type="checkbox"/> ⑤每天約 5 小時或以上 more than 5 hours a day
	8. 常覺得胸悶嗎? Do you feel tightness or pressure in the chest? <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 很少 sometimes <input type="checkbox"/> 時常 often	

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? How do you think about your health condition <input type="checkbox"/> ①極好的 Very good <input type="checkbox"/> ②很好 Fairly good <input type="checkbox"/> ③好 Good <input type="checkbox"/> ④普通 Average <input type="checkbox"/> ⑤不好 Worse
	2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是? How do you think about your mental health condition? <input type="checkbox"/> ①極好的 Very good <input type="checkbox"/> ②很好 Fairly good <input type="checkbox"/> ③好 Good <input type="checkbox"/> ④普通 Average <input type="checkbox"/> ⑤不好 Worse
	※ 目前有哪些健康問題? 請敘述: Please describe in detail your health related problems.

全身檢查項目 General examination		檢查日期 Date: 年 y 月 m 日 d 檢查結果登錄 (請勾選)												檢查醫事人員 簽章					
身高 Height: _____ 公分 cm		體重 Weight: _____ 公斤 kg		腰圍 Waistline: _____ 公分 cm															
血壓 Blood Pressure: _____ / _____ mmHg		脈搏 Pulse Rate: _____ 次 time/分 min																	
視力檢查 Visual Acuity		裸視 Uncorrected: 左眼 L _____ 右眼 R _____		矯正視力 Corrected: 左眼 L _____ 右眼 R _____															
眼 eyes	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 Color blindness <input type="checkbox"/> 其他 Others _____																	
耳鼻喉 ear&nose&neck	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	聽力異常 Hear Abnormal: <input type="checkbox"/> 左 L <input type="checkbox"/> 右 R <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎, 如: 耳膜破損 Rupture of Eardrum <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 Tonsil Hypertrophy <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 Ceruminosis <input type="checkbox"/> 其他 Others _____																	
頭頸 Head&Neck	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 斜頸 Wryneck <input type="checkbox"/> 異常腫塊 Masses <input type="checkbox"/> 其他 Others _____																	
胸部 Chest	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 心肺疾病 Cardiopulmonary Disease <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Thoracic Anomaly <input type="checkbox"/> 其他 Others _____																	
腹部 Abdomen	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常腫大 Splenohepatomegaly <input type="checkbox"/> 其他 Others _____																	
脊柱四肢 Spinal column arms and legs	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 肢體畸形 Limb deformity <input type="checkbox"/> 青蛙肢 (蹲距困難) Bow leg <input type="checkbox"/> 其他 Others _____																	
泌尿生殖 Genitourinary	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 未檢查	<input type="checkbox"/> 包皮異常 Foreskin Abnormal <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 Varicocele <input type="checkbox"/> 其他 Others _____																	
皮膚 Skin	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 癬 Tinea <input type="checkbox"/> 疥瘡 Scabies <input type="checkbox"/> 疣 Wart <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 Atopic dermatitis <input type="checkbox"/> 溼疹 Eczema <input type="checkbox"/> 其他 Others _____																	
口腔 Oral	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 Poor oral hygiene <input type="checkbox"/> 牙結石 calculus <input type="checkbox"/> 牙齦炎 Gingivitis <input type="checkbox"/> 牙周炎 Periodontal disease <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 Malocclusion <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 Oral mucosa disturbances <input type="checkbox"/> 其他 Others _____																	
牙齒位置		檢查代碼 C-齶齒 Dental Cavities X-缺牙 Anodontia Δ-已矯治 Corrected φ-阻生牙 Hinder 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 Suggestion		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 有異狀, 需接受 Abnormal, have to accept _____ 科 醫師診治 Doctor's Treatment <input type="checkbox"/> 其他建議 Other Suggestions: _____														承辦檢查醫院簽章 Hospital's Signature			
實驗室檢查項目 The laboratory examination items		初查結果 First Result				實驗室檢查項目 The laboratory examination items				初查結果 First Result									
尿液檢查 Urine Routine		尿蛋 Protein (+)(-)				血脂肪 Blood Fat Ex.				總膽固醇 T-CHOL (mg/dl)									
		尿糖 Sugar (+)(-)				腎功能檢查 Renal Function Exa.				三酸甘油脂 TG (mg/dl)									
		潛血 O.B (+)(-)				肌酸酐 Cr (mg/dl)				尿酸 UA (mg/dl)									
		酸鹼值 PH				血尿素氮 BUN (mg/dl) ※													
血液常規檢查 Blood Routine Exa.		血色素 Hb (g/dl)				肝功能檢查 Liver Function Tests				麩胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT (U/L)									
		白血球 WBC (10 ³ /μL)				麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT (U/L)													
		紅血球 RBC (10 ⁶ /μL)				血清免疫學 Serology and Immunology				B 型肝炎表面抗原 HbsAg									
		血小板 PLT (10 ³ /μL)				B 型肝炎表面抗體 HbsAb													
		平均血球容積 MCV (fl)				B 肝 e 抗原(帶原者加做) HbeAg													
其他 Others																			
胸部 X 光檢查 Chest X-ray		檢查日期 Date	檢查結果 Result: <input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 R/O TB <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 Tuberculosis Calcification <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Abnormal Thorax <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 Pleural effusion <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 心臟肥大 Cardiomegaly <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 Bronchiectasis <input type="checkbox"/> 其他 Others _____										複查矯治、日期及備註 retreatment, date & remark:						
臨時性檢查 Interim Exa.		檢查名稱 Exa. Name	檢查日期 Date	檢查單位 Unit	檢查結果 Result				轉介複查追蹤及備註 Follow up & remark										
健康管理綜合紀錄 Records of Health Management		健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄 Records of Case Management																	

