

# 國立臺北藝術大學 學生健康資料卡

學號

學生基本資料	入學日期	年 月	就讀系所、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：					相片黏貼處							
	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								

● 我與家長(未滿 20 歲需家長同意)已詳讀本次新生體檢公告，知悉相關措施及注意事項後，並同意參加校內體檢；  
家長行動電話：\_\_\_\_\_ (報告將透過此電話發送簡訊通知提供家長自行至網路查詢)。

● (女性請填寫)本人確定無懷孕  同意接受 X 光檢查

簽名：\_\_\_\_\_

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：_____	☐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，原因：_____												
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，障別：_____ 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"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常					
	1. 過去 7 天內 (不含假日)，睡眠習慣： <input type="checkbox"/> ①每日睡足 7 小時 <input type="checkbox"/> ②不足 7 小時 <input type="checkbox"/> ③時常失眠						8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常					
2. 過去 7 天內 (不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> ①都不吃 <input type="checkbox"/> ②有時吃，_____天 <input type="checkbox"/> ③每天吃，幾點吃？_____點						9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常						
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"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有						10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常						
4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②時常吸菸 <input type="checkbox"/> ③每天吸菸，_____支/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除						11. 月經情況 (女生回答) (1) 初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，初經年齡：_____歲 (2) 月經週期？ <input type="checkbox"/> ①≤20 天 <input type="checkbox"/> ②21-40 天 <input type="checkbox"/> ③≥41 天 <input type="checkbox"/> ④不規律 (差異 7 天以上) (3) 有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重						
5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②時常喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒，_____杯/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 (1 杯的定義：啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml)						12. 排便習慣：過去 7 天內，多久排便一次？ <input type="checkbox"/> ①每天至少一次 <input type="checkbox"/> ②兩天 <input type="checkbox"/> ③三天 <input type="checkbox"/> ④四天以上						
6. 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔，_____粒/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除						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"/> ①每天少於 1 小時 <input type="checkbox"/> ②每天約 1-2 小時 <input type="checkbox"/> ③每天約 2-4 小時 <input type="checkbox"/> ④每天約 4-5 小時 <input type="checkbox"/> ⑤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"/> ①極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤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"/> ①極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤不好										
※ 目前有哪些健康問題？請敘述：											

全身檢查項目	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	腰圍：_____公分		BMI：_____															
血壓：_____ / _____ mmHg	脈搏：_____次/分	體脂率：_____ %																	
視力檢查	裸視：左眼_____	右眼_____	矯正視力：左眼_____		右眼_____														
辨色力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 其他_____																	
聽力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 左耳聽力弱_____		<input type="checkbox"/> 右耳聽力弱_____															
		<input type="checkbox"/> 聽障		<input type="checkbox"/> 配戴助聽器 <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_____																	
胸腔及外觀	<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"/> 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_____																	
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_____																	
牙齒位置圖	檢查代碼	C-齶齒 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 (+)(-)			血脂	總膽固醇 (mg/dl)														
	尿糖 (+)(-)			腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)														
	潛血 (+)(-)				尿酸 (mg/dl)														
	酸鹼值				血尿素氮 (mg/dl)※														
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 <sup>3</sup> /μL)				麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)														
	紅血球 (10 <sup>6</sup> /μL)			血清免疫學	B型肝炎表面抗原														
	血小板 (10 <sup>3</sup> /μL)				B型肝炎表面抗體														
	平均血球容積 MCV (fl)			其他															
	血球容積比 Hct (%)※																		
胸部 X 光檢查	檢查日期	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	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄																		