

# 國立高雄大學 學生健康資料卡

此頁由學生自行填寫

填寫日期： 年 月 日

學 號		就讀系所		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	請務必於健檢前貼妥照片
姓 名		出生日期	年 月 日	血型		
身分證字號				婚姻狀態	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚	
聯絡地址				聯絡電話		
緊急聯絡人	關係	姓名	聯絡電話			
			室內	行動電話		

基本健康資料	個人病史：請勾選或填寫曾患過之疾病	
	<input type="checkbox"/> 0.無(未曾罹患下述各項疾病)	<input type="checkbox"/> 6.癲癇
	<input type="checkbox"/> 1.肺結核	<input type="checkbox"/> 7.紅斑性狼瘡
	<input type="checkbox"/> 2.心臟病	<input type="checkbox"/> 8.血友病
	<input type="checkbox"/> 3.肝炎	<input type="checkbox"/> 9.蠶豆症
<input type="checkbox"/> 4.氣喘	<input type="checkbox"/> 10.關節炎	
<input type="checkbox"/> 5.腎臟病	<input type="checkbox"/> 11.糖尿病	
	<input type="checkbox"/> 12.癌症 名稱：_____	
	<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病 名稱：_____	
	<input type="checkbox"/> 14.海洋性貧血 名稱：_____	
	<input type="checkbox"/> 15.重大手術 名稱：_____	
	<input type="checkbox"/> 16.藥物過敏 名稱：_____	
	<input type="checkbox"/> 17.食物過敏 名稱：_____	
	<input type="checkbox"/> 18.其他：_____	
特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有：_____		
領有重大傷病證明卡： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，證明卡類別為：_____		
領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，身心障礙類別為：_____、 身心障礙等級為： <input type="checkbox"/> 1.輕度 <input type="checkbox"/> 2.中度 <input type="checkbox"/> 3.重度 <input type="checkbox"/> 4.極重度		
家族病史：家族中是否有家屬罹患上述或其他疾病，請敘述： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，稱謂：_____，疾病名稱：_____		

過去一年生活回顧	請勾選最合適之選項：	
	1.睡眠習慣： <input type="checkbox"/> 1.每日睡足7~8小時 <input type="checkbox"/> 2.不足7~8小時 <input type="checkbox"/> 3.時常失眠	
	2.通常幾點睡： <input type="checkbox"/> 1.晚上10:00~12:00睡覺 <input type="checkbox"/> 2.凌晨00:01~02:00睡覺 <input type="checkbox"/> 3.凌晨02:01以後睡覺	
	3.早餐習慣： <input type="checkbox"/> 1.每天吃 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.不吃	
	4.運動習慣(每週至少運動3次，每次至少30分鐘)： <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.沒有	
	5.吸菸習慣： <input type="checkbox"/> 1.不吸菸 <input type="checkbox"/> 2.吸菸，菸量約_____支/天	
	6.喝酒習慣： <input type="checkbox"/> 1.不喝酒 <input type="checkbox"/> 2.偶爾喝 <input type="checkbox"/> 3.時常喝酒，酒量約_____杯(200c.c)/天	
	7.嚼食檳榔： <input type="checkbox"/> 1.不嚼食檳榔 <input type="checkbox"/> 2.嚼食檳榔，量約_____粒/天	
	8.常覺得焦慮、憂慮： <input type="checkbox"/> 1.很少或沒有 <input type="checkbox"/> 2.偶爾 <input type="checkbox"/> 3.時常	
	9.常覺得胸悶： <input type="checkbox"/> 1.很少或沒有 <input type="checkbox"/> 2.偶爾 <input type="checkbox"/> 3.時常	
	10.常覺得胃痛： <input type="checkbox"/> 1.很少或沒有 <input type="checkbox"/> 2.偶爾 <input type="checkbox"/> 3.時常	
	11.常覺得頭痛： <input type="checkbox"/> 1.很少或沒有 <input type="checkbox"/> 2.偶爾 <input type="checkbox"/> 3.時常	
	12.月經史(女生回答)：	
(1)初次月經年齡：_____歲(請填足歲年齡)		
(2)月經是否規律： <input type="checkbox"/> 1.是，間隔日期約_____天 <input type="checkbox"/> 2.否		
(3)有無經痛現象： <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.沒有 <input type="checkbox"/> 3.偶爾		

自我健康評估	1.您覺得自己的健康狀況與同年齡的人比較： <input type="checkbox"/> 1.非常好 <input type="checkbox"/> 2.稍微好 <input type="checkbox"/> 3.沒有差別 <input type="checkbox"/> 4.稍微差 <input type="checkbox"/> 5.非常差
	2.您覺得自己的心理健康狀況與同年齡的人比較： <input type="checkbox"/> 1.非常好 <input type="checkbox"/> 2.稍微好 <input type="checkbox"/> 3.沒有差別 <input type="checkbox"/> 4.稍微差 <input type="checkbox"/> 5.非常差
目前有那些健康問題，請敘述： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有：_____	

理學檢查同意書	貴家長及新生您好：
	依據教育部函文「學生健康檢查實施辦法」修正條文規定，大專校院新生健康檢查中， <b>胸腹部檢查</b> 為應檢查項目，但須 <b>經家長或本人同意</b> ，如同意者請於下方簽名，如不同意在校內健康檢查時進行此項理學檢查，請學生自行至醫療院所受檢，費用自理，並請將檢查報告繳交學校。謝謝配合。
	<b>本人(家長)及學生已詳閱並知悉本通知各項說明，並同意在校內配合健康檢查各項內容實施檢查。</b>
簽名：_____ (未滿20歲者須由法定代理人簽名同意)	

# 健康檢查記錄表

此頁由健檢單位填寫

檢查項目	檢查日期： 年 月 日													檢查醫事人員簽章				
體格檢查	身高：	公分	體重：	公斤	腰圍：	公分	臀圍：	公分										
	血壓：	mmHg			脈搏：	次/分												
視力檢查	裸視：左眼_____右眼_____				矯正：左眼_____右眼_____													
眼部檢查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視： <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他															
口腔檢查	<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"/> 殘留乳牙 <input type="checkbox"/> 其他															
牙齒檢查	右								左									
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
檢查代碼：C-齶齒、X-缺牙、△-已矯治、φ-阻生牙、Sp.-贅生牙																		
耳鼻喉檢查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 聽力異常： <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耳道畸形 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 盯聾栓塞 <input type="checkbox"/> 其他															
頭頸部檢查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他異常															
胸部檢查	<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"/> 其他異常															
腹部檢查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他異常															
脊柱四肢檢查	<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(蹲踞困難) <input type="checkbox"/> 其他異常															
皮膚檢查	<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"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 其他異常															
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常													承辦檢查單位簽章				
	<input type="checkbox"/> 有異常，(1)體育課需注意： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (2)須接受_____科醫師診治 *其他建議：																	
實驗室檢查		檢查結果		醫事人員		實驗室檢查						檢查結果		醫事人員				
		初檢	追蹤	簽章								初檢	追蹤	簽章				
尿液 檢查	尿蛋白					血脂肪	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(GOT)											
	白血球 (1000/uL)						麩胺酸丙酮酸轉胺酶(GPT)											
	紅血球 (M/uL)					血清 免疫學	B 型肝炎表面抗原											
	血小板 (10 <sup>3</sup> /uL)						B 型肝炎表面抗體											
	平均血球容積 MCV (fl)																	
血球容積比 (%)						其他												
胸部 X 光 檢查	初檢日期：													醫事人員簽章				
	<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																	
	複檢日期： 複檢結果：																	
健康管理 綜合紀錄	B 肝疫苗注射：施打日期_____													醫師簽章				
	Allergy Hx ( ) HBV vaccine dose 1 ( ) 其他_____																	