

# 敏惠醫護管理專科學校 學生健康資料卡

二專(在職專班) 五專

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	相片黏貼處			
	現居地址							學生本人 E-mail				
	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						

個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病

1.無 6.腎臟病 11.關節炎 16.重大手術名稱：\_\_\_\_\_
   
2.肺結核 7.癲癇 12.糖尿病 17.過敏物質名稱：\_\_\_\_\_
   
3.心臟病 8.紅斑性狼瘡 13.心理或精神疾病：\_\_\_\_\_ 18.其他：\_\_\_\_\_
   
4.肝炎 9.血友病 14.癌症：\_\_\_\_\_
   
5.氣喘 10.蠶豆症 15.海洋性貧血：\_\_\_\_\_

高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於500度？0.無 1.有 2.不知道

領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡：0.無 1.有，類別：\_\_\_\_\_

領有身心障礙手冊：0.無 1.有，類別：\_\_\_\_\_，等級：1.輕度 2.中度 3.重度 4.極重度

特殊疾病現況或應注意事項：0.無 1.有(請描述)：\_\_\_\_\_

若有上述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：0.無 1.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：\_\_\_\_\_，疾病名稱：\_\_\_\_\_，2.不知道

請勾選最合適的選項：

- 過去7天內(不含假日)，睡眠習慣：①每日睡足7小時 ②不足7小時 ③時常失眠
- 過去7天內(不含假日)，早餐習慣：①都不吃 ②有時吃，吃\_\_\_\_\_天 ③每天吃：(9點前吃：是 否；9點後吃：是 否)
- 過去7天內，你進行中等強度以上(活動時仍可交談，但無法唱歌)的運動、健身、交通和休閒性身體活動，累計1天至少10分鐘有幾天？①0天 ②1天 ③2天 ④3天 ⑤4天 ⑥5天 ⑦6天 ⑧7天
- 過去一個月內，你吸菸/煙(包括傳統紙菸、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形？  
①不吸菸 ②有時吸菸(可複選：a傳統菸品、b電子煙、c加熱式菸品等)  
③每天吸菸(可複選：a傳統菸品、b電子煙、c加熱式菸品等) 已戒除。
- 過去一個月內，你喝酒情形？①不喝酒 ②有時喝酒 ③每天喝酒(2杯以上、1杯、不到1杯)  
④已戒除，勾選「每天喝酒」者，需進一步選擇每天喝酒杯數，1杯的定義為啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml。
- 過去一個月內，你嚼檳榔情形？①不嚼檳榔 ②有時嚼檳榔 ③每天嚼檳榔 已戒除
- 常覺得憂鬱嗎？①沒有 ②有時 ③時常
- 常覺得焦慮嗎？①沒有 ②有時 ③時常
- 過去7天內，你多久排便一次？①每天至少一次 ②兩天 ③三天 ④四天以上
- 過去7天內(不含假日)每日除了上課及作功課需要之外，你累積網路使用的時間？①不到2小時 ②約2-4小時 ③約4小時以上，\_\_\_\_\_小時
- 你通常一天刷牙幾次？①0次 ②1次 ③2次 ④3次以上
- 在沒有牙痛或其他口腔不舒服的情況下，你多久會做一次口腔健康檢查？①每半年一次 ②每年一次 ③一年以上 ④從來沒有
- 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？①沒有 ②輕微 ③嚴重 ④不知道/拒答

過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？①非常好 ②好 ③一般 ④不好 ⑤非常不好

過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？①非常好 ②好 ③一般 ④不好 ⑤非常不好

目前有哪些健康問題？請敘述：0.無 1.有，是否需學校協助：0.否 1.是

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※								
血壓：_____ / _____ mmHg		脈搏：_____次/分※								
視力檢查 裸視：右眼_____ 左眼_____		矯正視力：右眼_____ 左眼_____								
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"/> 蹲踞困難 <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								
口腔篩檢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 牙齦炎※： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 牙結石※： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他								
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	SGOT(AST) (U/L)				
	白血球 ( $10^3/\mu\text{L}$ )					SGPT(ALT) (U/L)				
	紅血球 ( $10^6/\mu\text{L}$ )				血清免疫學	B型肝炎表面抗原△				
	血小板 ( $10^3/\mu\text{L}$ )					B型肝炎表面抗體△				
	平均血球容 (fl)				其他※					
	血球容積比 (%) ※									
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"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <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									

△：學生健康檢查實施辦法中視需要而辦理之項目

※：學校自選項目