

|   |  |  |   |  |   |             |          |  |
|---|--|--|---|--|---|-------------|----------|--|
| 學生基本資料  | 學 號  | 就讀系所、班級  |   |  | 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、<br>監護人或<br>附近親友  | 關係   | 姓名   | 電話(家)                                     | 電話(公)                                    | 行動電話  | 學生本人 E-mail |          |  |
|   |  |  |   |  |   |             |          |  |
| 健康基本資料  | 個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病   |  |   |  |   |             |          |  |
|   | <input type="checkbox"/> 1.無   | <input type="checkbox"/> 6.腎臟病                           | <input type="checkbox"/> 11.關節炎           | <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____ |   |             |          |  |
|   | <input type="checkbox"/> 2.肺結核   | <input type="checkbox"/> 7.癲癇                            | <input type="checkbox"/> 12.糖尿病           | <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____ |   |             |          |  |
|   | <input type="checkbox"/> 3.心臟病   | <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡                         | <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____ |  | <input type="checkbox"/> 18.其他：_____                  |             |          |  |
|   | <input type="checkbox"/> 4.肝炎  | <input type="checkbox"/> 9.血友病                           | <input type="checkbox"/> 14.癌症：_____      |  |   |             |          |  |
|   | <input type="checkbox"/> 5.氣喘  | <input type="checkbox"/> 10.蠶豆症                          | <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道  |  |  |   |  |   |             |          |  |
| 領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，類別：_____  |  |  |   |  |   |             |          |  |
| 領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，類別：_____，等級： <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 |  |  |   |  |   |             |          |  |
| 特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____， <input type="checkbox"/> 2.不知道  |  |  |   |  |   |             |          |  |
| 生活型態  | ※ 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"/> 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  |  |   |  |   |             |          |  |
|   | 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，吃_____天 <input type="checkbox"/> ③每天吃：(9 點前吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；9 點後吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否)   |  |   |  |   |             |          |  |
|   | 3. 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？ <input type="checkbox"/> ①0 天 <input type="checkbox"/> ②1 天 <input type="checkbox"/> ③2 天 <input type="checkbox"/> ④3 天 <input type="checkbox"/> ⑤4 天 <input type="checkbox"/> ⑥5 天 <input type="checkbox"/> ⑦6 天 <input type="checkbox"/> ⑧7 天  |  |   |  |   |             |          |  |
|   | 4. 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？<br><input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②有時吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等)<br><input type="checkbox"/> ③每天吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ④已戒除。 |  |   |  |   |             |          |  |
|   | 5. 過去一個月內，你喝酒情形？ <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②有時喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒( <input type="checkbox"/> a2 杯以上、 <input type="checkbox"/> b1 杯、 <input type="checkbox"/> c不到 1 杯)<br><input type="checkbox"/> ④已戒除，<br>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。  |  |   |  |   |             |          |  |
|   | 6. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？ <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ④已戒除   |  |   |  |   |             |          |  |
|   | 7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常  |  |   |  |   |             |          |  |
|   | 8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常  |  |   |  |   |             |          |  |
|   | 9. 過去 7 天內，你多久排便一次？ <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  |  |   |  |   |             |          |  |
|   | 10. 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？ <input type="checkbox"/> ①不到 2 小時 <input type="checkbox"/> ②約 2-4 小時<br><input type="checkbox"/> ③約 4 小時以上，____小時  |  |   |  |   |             |          |  |
|   | 11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> ①0 次 <input type="checkbox"/> ②1 次 <input type="checkbox"/> ③2 次 <input type="checkbox"/> ④3 次以上   |  |   |  |   |             |          |  |
|   | 12. 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？ <input type="checkbox"/> ①每半年一次 <input type="checkbox"/> ②每年一次 <input type="checkbox"/> ③一年以上<br><input type="checkbox"/> ④從來沒有   |  |   |  |   |             |          |  |
|   | 13. 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重 <input type="checkbox"/> ④不知道/拒答   |  |   |  |   |             |          |  |
| 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非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好   |  |   |  |   |             |          |  |
|   | 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非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好   |  |   |  |   |             |          |  |
| ※ 目前有哪些健康問題？請敘述： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是   |  |  |   |  |   |             |          |  |

備註：本頁之個人資料，請事先詳細填寫完整，並務必於體檢當天帶至學校體檢地點，如選擇到其他醫院健檢者，請攜帶此表至「公、私立」醫院檢查，請於開學前，將已完成此表正本的健康報告，繳交至綜合大樓一樓健康中心。

**健康檢查紀錄表(由健檢單位填寫)**

|  |  |   |            |
|--|--|---|------------|
| <b>全身檢查項目</b>                            | 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<br><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_____  |            |
| 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   | 未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有<br>缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有<br>已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有<br>牙齦炎※： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有<br>牙結石※： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有<br><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<br><input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治<br><input type="checkbox"/> 其他建議： |   | 承辦檢查醫療院所簽章 |

| 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   | CREATININE (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 <sup>3</sup> /μL) |      |    |         | SGPT(ALT) (U/L)    |      |    |
|               | 紅血球 (10 <sup>6</sup> /μL) |      |    | 血清免疫學   | HBsAg              |      |    |
|               | 血小板 (10 <sup>3</sup> /μL) |      |    |         | Anti-HBs           |      |    |
|               | 平均血球容積比 (fl)              |      |    | 其他※     |                    |      |    |
| 血球容積比 HcT (%) |                           |      |    |         |                    |      |    |

|                 |             |   |             |
|-----------------|-------------|---|-------------|
| <b>胸部 X 光檢查</b> | <b>檢查日期</b> | 檢查結果：<br><input type="checkbox"/> 無明顯異常<br><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<br><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<br><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 |
|-------|------|------|------|------|-----------|
|       |      |      |      |      |           |

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| <b>健康管理綜合紀錄</b> | 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