

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、 監護人或 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"/> ④都不吃 <input type="checkbox"/> ①有時吃，吃_____天 <input type="checkbox"/> ②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"/> ④0 天 <input type="checkbox"/> ①1 天 <input type="checkbox"/> ②2 天 <input type="checkbox"/> ③3 天 <input type="checkbox"/> ④4 天 <input type="checkbox"/> ⑤5 天 <input type="checkbox"/> ⑥6 天 <input type="checkbox"/> ⑦7 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？ <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) <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) <input type="checkbox"/> 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。									
	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"/> ④沒有 <input type="checkbox"/> ①有時 <input type="checkbox"/> ②時常									
	8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ④沒有 <input type="checkbox"/> ①有時 <input type="checkbox"/> ②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 <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"/> ④0 次 <input type="checkbox"/> ①1 次 <input type="checkbox"/> ②2 次 <input type="checkbox"/> ③3 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 <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衛生保健組。

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 <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 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 (%)									
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

