

# 國立金門大學學生健康資料卡 (本頁請自行填寫)

相片

■為確保個人隱私，本資料僅提供健康中心統計之用。

學生基本資料	姓名		系所班級		學號		身分證字號	
	出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍		行動電話	
	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 其他			血型		全民健保卡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	戶籍縣市	填寫範例：新北市						
	緊急聯絡人姓名		關係		電話 (家)		行動電話	
健康基本資料	<input type="checkbox"/> 1 無 <input type="checkbox"/> 2 呼吸系統疾病。診斷：_____。 <input type="checkbox"/> 氣喘已痊癒 <input type="checkbox"/> 氣喘治療中 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 3 心血管系統疾病。診斷：_____。 <input type="checkbox"/> 二尖瓣脫垂 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 4 消化系統疾病。診斷：_____。 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> B型肝炎帶原 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 5 神經系統疾病。診斷：_____。 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 6 免疫系統疾病。診斷：_____。 <input type="checkbox"/> 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 7 內分泌系統疾病。診斷：_____。 <input type="checkbox"/> 甲狀腺機能亢進 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 8 遺傳性疾病。診斷：_____。 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 地中海型貧血 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 9 泌尿系統疾病。診斷：_____				<input type="checkbox"/> 10 生殖系統疾病。診斷：_____。 <input type="checkbox"/> 11 骨骼系統疾病。診斷：_____。 <input type="checkbox"/> 12 肌肉系統疾病。診斷：_____。 <input type="checkbox"/> 13 表皮系統疾病。診斷：_____。 <input type="checkbox"/> 14 癌症。診斷：_____。 <input type="checkbox"/> 15 心理或精神疾病。診斷：_____。 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 躁鬱症 <input type="checkbox"/> 強迫症 <input type="checkbox"/> 16 重大手術名稱：_____。 <input type="checkbox"/> 17 長期服用藥，藥名：_____。 <input type="checkbox"/> 18 藥物過敏，藥名：_____。 <input type="checkbox"/> 19 其他。診斷：_____。 <input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別：_____。 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別_____。 身心障礙等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度 特殊疾病現況或應注意事項請附病歷摘要提供校方留存。			
	過去一年生活回顧	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. 早餐習慣： <input type="checkbox"/> ①每天吃 <input type="checkbox"/> ②偶爾 <input type="checkbox"/> ③不吃 3. 若以每週至少運動3次，每次至少30分鐘為基準；您做到了嗎： <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有 4. 吸菸習慣： <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②吸菸，菸量約_____支/天 5. 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/天 6. 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 7. 常覺得焦慮、憂慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①很少或沒有 <input type="checkbox"/> ②偶爾 <input type="checkbox"/> ③時常 8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②偶爾 <input type="checkbox"/> ③時常 9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②偶爾 <input type="checkbox"/> ③時常 10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②偶爾 <input type="checkbox"/> ③時常 11. 月經史（女生回答） (1) 初次月經年齡：_____歲 (2) 月經是否規律： <input type="checkbox"/> ①是(間隔日期_____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. 整體而言，你覺得自己的身體健康狀況與同年齡的人比較是： <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. 整體而言，你覺得自己的心理健康狀況與同年齡的人比較是： <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 ※ 目前有哪些健康問題？請敘述：							

# 國立金門大學學生健康檢查記錄表 (本頁由醫事人員填寫)

檢查日期	年 月 日														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：左眼		右眼		矯正視力：左眼		右眼											
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <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															
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"/> 耳道畸形 <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															
胸部	<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"/> 其他異常															
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"/> 青蛙肢(蹲距困難) <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	<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 左下
	右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
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 追蹤							異常 追蹤						
尿液檢查	尿蛋白 protein						血脂肪		總膽固醇 T-CHOL (mg/dl)									
	尿糖 sugar						腎功能檢查		肌酸酐 Creat (mg/dl)									
	潛血 occult blood								尿酸 UA (mg/dl)									
	酸鹼值 ph								血尿素氮 BUN (mg/dl)									
血液常規檢查	血色素 Hb (g/dl)						肝功能檢查		麩胺酸草醋酸轉胺 SGOT (U/L)									
	白血球 WBC (10 <sup>3</sup> /μL)								麩胺酸丙酮酸轉胺 SGPT (U/L)									
	紅血球 RBC (10 <sup>6</sup> /μL)						血清免疫學		B 型肝炎表面抗原 HBsAg									
	血小板 PLT (10 <sup>3</sup> /μL)								B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs									
	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：													複查矯治、日期及備註：		
			<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															
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：															檢查醫院簽章		
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																	