

☐大學部 ☐碩士班 ☐博士班

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
	E-mail:						學生本人行動電話
	戶籍地址						
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：					相片黏貼處 (1吋)
	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	

 年滿 20 歲以上之學生填寫，是否同意將結果通知家長 ☐①同意 ☐②不同意 簽名：

健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病		特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要	
	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.肺結核 <input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 4.肝炎 <input type="checkbox"/> 5.氣喘 <input type="checkbox"/> 6.腎臟病	<input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 10.蠱豆症 <input type="checkbox"/> 11.關節炎 <input type="checkbox"/> 12.糖尿病		<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病： <input type="checkbox"/> 14.癌症： <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血： <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱： <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱： <input type="checkbox"/> 18.其他：
	<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，等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度			
若有上述特殊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：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂，疾病名稱				

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，____天 <input type="checkbox"/> ③每天吃，幾點吃？____點 3. 過去一個月內（不含假日及寒暑假），若以每週至少運動 3 次，每次至少 30 分鐘為基準，心跳達每分鐘 130 下，您做到了嗎？ <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有 4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②時常吸菸 <input type="checkbox"/> ③每天吸菸，____支/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②時常喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒，____杯/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 (1 杯的定義：啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45ml) 6. 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔，____粒/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除	7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 11. 月經情況（女生回答） (1) 初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，初經年齡：____歲 (2) 月經週期？ <input type="checkbox"/> ①≤20 天 <input type="checkbox"/> ②21-40 天 <input type="checkbox"/> ③≥41 天 <input type="checkbox"/> ④不規律（差異 7 天以上） (3) 有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重 12. 排便習慣：過去 7 天內，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 13. 網路使用習慣：過去 7 天內（不含假日）每日除了上課及作功課需要之外，累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/> ①每天少於 1 小時 <input type="checkbox"/> ②每天約 1-2 小時 <input type="checkbox"/> ③每天約 2-4 小時 <input type="checkbox"/> ④每天約 4-5 小時 <input type="checkbox"/> ⑤每天約 5 小時或以上
------	--	--

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極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤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極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤不好
	※ 目前有哪些健康問題？請敘述：

健康檢查紀錄表(由健檢單位填寫)

科系班級：										姓名：										學號：																																																																																																																																																							
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： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 近視； <input type="checkbox"/> 戴一般眼鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 其他：_____																																																																																																																																																																											
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"/> 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_____																																																																																																																																																																											
心臟 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 心雜音 <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"/> 青蛙肢（蹲距困難） <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 <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"/> 其他_____																																																																																																																																																																											
牙齒位置圖 檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 △-已矯治 ϕ-阻生牙 Sp.-贅生牙																																																																																																																																																																											
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>右上</td><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td></td> <td>左上</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>右下</td><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td></td> <td>左下</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																											右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		左上															右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		左下																																																																													
右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		左上																																																																																																																																																									
右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		左下																																																																																																																																																									
總評建議 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____ <input type="checkbox"/> 其他建議：_____										科醫師診治																				承辦檢查醫院簽章																																																																																																																																													
實驗室檢查項目										初查結果										實驗室檢查項目										初查結果																																																																																																																																													
										異常註記																				異常註記																																																																																																																																													
										追蹤																				追蹤																																																																																																																																													
尿液檢查										腎功能檢查										血液常規檢查										肝功能檢查																																																																																																																																													
尿蛋白（+）（-）																				肌酸酐 Creatinin（mg/dl）																																																																																																																																																							
尿糖（+）（-）																				尿酸 UA（mg/dl）																																																																																																																																																							
潛血（+）（-）																				血尿素氮 BUN（mg/dl）※																																																																																																																																																							
酸鹼值																				B型肝炎表面抗原(HbsAg)																																																																																																																																																							
血色素 HB(g/dl)																				B型肝炎表面抗體(HbsAb)																																																																																																																																																							
白血球 WBC (10 ³ /μL)																				總膽固醇 Cholesterol (mg/dl)																																																																																																																																																							
紅血球 RBC (10 ⁶ /μL)																				三酸甘油脂(TG) (mg/dl)																																																																																																																																																							
血小板 PLT (10 ³ /μL)																				高密度膽固醇(HDL) (mg/dl)																																																																																																																																																							
平均血球容積 MCV(fl)																				低密度膽固醇(LDL) (mg/dl)																																																																																																																																																							
血球容積比 Hct (%)※																				血糖(BS) (mg/dl)																																																																																																																																																							
麩胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT(U/L)																				其他																																																																																																																																																							
麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT(U/L)																																																																																																																																																																											
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"/> 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																																																																																																																																																																	