



# 國立臺灣師範大學學生健康資料卡 (學生自填)

填寫日期： 年 月 日

學 號			姓 名			相片黏貼處 (一寸照片)
出生日期	年	月	日	學 院		
				系 所 別		
性 別	<input type="checkbox"/> 男、 <input type="checkbox"/> 女		血 型	<input type="checkbox"/> A、 <input type="checkbox"/> B、 <input type="checkbox"/> O、 <input type="checkbox"/> AB		
學生手機						
緊急連絡人	姓 名	關 係	電話 (含區域碼)	手機 (分隔前4碼, 後六碼)		
			—	—		

健康基本資料	※曾患下列何種疾病? 請勾選				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)	
	<input type="checkbox"/> 1.無			<input type="checkbox"/> 12.糖尿病: _____		
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核	<input type="checkbox"/> 7.癲癇				<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病: _____
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡				<input type="checkbox"/> 14.癌症: _____
	<input type="checkbox"/> 4.肝炎	<input type="checkbox"/> 9.血友病				<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血: _____
<input type="checkbox"/> 5.氣喘	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症			<input type="checkbox"/> 16.重大手術: _____		
<input type="checkbox"/> 6.腎臟病	<input type="checkbox"/> 11.關節炎			<input type="checkbox"/> 17.過敏性物質: _____		
				<input type="checkbox"/> 18.其他: _____		
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						
<input type="checkbox"/> 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: _____						
<input type="checkbox"/> 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						
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: <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, _____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1個月內, 你吸菸/煙(包含傳統菸品、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已戒除; <input type="checkbox"/> ③有時吸菸(可複選: <input type="checkbox"/> ④傳統菸品 <input type="checkbox"/> ⑤電子煙 <input type="checkbox"/> ⑥加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ⑦每天吸菸(可複選: <input type="checkbox"/> ⑧傳統菸品 <input type="checkbox"/> ⑨電子煙 <input type="checkbox"/> ⑩加熱式菸品等)				
	5. 過去1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"/> 2杯以上、 <input type="checkbox"/> 1杯、 <input type="checkbox"/> 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: 啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml)				
	6. 過去1個月內, 你有嚼檳榔情形 <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. 常覺得憂慮嗎? <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, 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				
	11. 你通常1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, 多久會做一次口腔健康檢查? <input type="checkbox"/> ①每半年1次 <input type="checkbox"/> ②每年1次 <input type="checkbox"/> ③1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					

自評我估健康	1. 過去1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1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: _____ ; 是否需要學校協助: <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是					



受檢學生		(檢查日期)		學號：		姓名：	
體檢項目		年 月 日					
體 格		身高： cm		體重： Kg		腰圍： cm	
血 壓		/ mmHg		(視需要複查) / mmHg		脈搏： 次/分	
視 力		裸 視 左：		右：		辨色力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
		矯 正 左：		右：			
耳 鼻 喉		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其他				聽 力 左： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 右： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
口 腔		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					
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				其他特殊事項	
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"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 其他					
皮 膚		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他					
胸 部 X 光		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <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"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 其他				複查追蹤情形	
		腎功能檢查		尿 液 檢 查			
實驗室檢查	尿酸： mg/dl		肌酸酐： mg/dl		尿 糖： 潛 血：		
	尿酸： mg/dl		尿酸： mg/dl		酸鹼值：		
	白血球 WBC： K/uL		紅血球 RBC： M/uL		血 脂 肪		
	血液常規檢查		血色素 Hb： g/dl		肝 功 能		
	血球容積比 Hct： %		平均血球容積 MCV： fL		檢 查		
	血小 板 PLT： K/uL		血 清		B 型 肝 炎 表 面 抗 原： U/L		
			血 清		B 型 肝 炎 表 面 抗 體： U/L		
總評及建議		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，須接受 科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議				承辦檢查醫院/醫師簽章	
健康管理綜合紀錄							