

元培醫事科技大學健康資料卡 (本面由學生自填)

填寫日期： 年 月 日

學號			身分證字號									相片黏貼處
姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								
行動電話			出生日期	年 月 日								
學制	日間部： <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 四技（學程） <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 海青班烘焙科第_____期											
	進修部： <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 進專 <input type="checkbox"/> 其他_____											
系/所			班級			電話	H: ()					
聯絡住址											<input type="checkbox"/> 領有重大傷病卡，類別_____	
緊急聯絡人	姓 名		關係		電話						<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	

過去病史

※請勾選本人曾患過的疾病？

☐1. 肺結核 ☐2. 心臟病 ☐3. 肝炎 ☐4. 腎臟病 ☐5. 氣喘 ☐6. 癲癇 ☐7. 蠱豆症 ☐8. 血友病

☐9. 紅斑性狼瘡 ☐10. 高血壓 ☐11. 糖尿病 ☐12. 心理或精神疾病 ☐13. 貧血(服藥中) ☐14. 無疾病史

☐15. 重大手術 名稱_____ ☐16. 眼科疾病 名稱_____ ☐17. 其他_____

疾病史現況或應注意事項：☐上列勾選疾病目前無需服藥治療及定期回診追蹤

☐疾病尚未痊癒，需定期回診，最近一次回診年/月_____

家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____

※請勾選最合適的選項：	總是這樣 (每週 7 天)	經常這樣 (每週 5-6 天)	有時這樣 (每週 3-4 天)	甚少這樣 (每週 1-2 天)	從不這樣 (每週 0 天)
1. 每天吃三份(約一碗半)以上的蔬菜					
2. 每天吃兩份(約兩個拳頭大小)的水果					
3. 每天喝 1500cc 的開水					
4. 喝飲料皆選擇無糖飲料					
5. 吃東西前，我會先評估營養成份與熱量					
6. 會以走樓梯代替坐電梯					
7. 用餐時會優先選擇含蔬食的食品					

8. 過去 7 天內 (不含假日)，睡眠習慣：☐①每日睡足 7 小時 ☐②不足 7 小時 ☐③時常失眠

9. 過去 7 天內 (不含假日)，早餐習慣：☐①都不吃 ☐②有時吃，_____天 ☐③每天吃，幾點吃？_____點

10. 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：☐①有 ☐②沒有

11. 過去一個月內*吸菸行為：☐①不吸菸 ☐②偶爾吸菸 ☐③時常吸菸，每天吸菸，_____支/天 ☐④已戒除

戒菸意願：☐①有 ☐②無

12. 過去一個月內，喝酒行為：☐①不喝酒 ☐②時常喝酒 ☐③每天喝酒，_____杯/天 ☐④已戒除

(1 杯的定義：啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml)

13. 過去一個月內，嚼檳榔：☐①不嚼檳榔 ☐②時常嚼檳榔 ☐③每天嚼檳榔，_____粒/天 ☐④已戒除

14. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？☐①沒有 ☐②很少 ☐③時常

15. 常覺得胸悶嗎？☐①沒有 ☐②很少 ☐③時常

16. 常覺得胃痛嗎？☐①沒有 ☐②很少 ☐③時常

17. 常覺得頭痛嗎？☐①沒有 ☐②很少 ☐③時常

18. 月經情況 (女生回答) (1) 初次月經☐①無 ☐②有，初經年齡：_____歲

(2) 月經週期？☐①≤20 天 ☐②21-40 天 ☐③≥41 天 ☐④不規律 (差異 7 天以上)

(3) 有無經痛現象？☐①沒有 ☐②輕微 ☐③嚴重

19. 排便習慣：過去 7 天內，多久排便一次？☐①每天至少一次 ☐②兩天 ☐③三天 ☐④四天以上

20. 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？☐①每天少於 1 小時 ☐②每天約 1-2 小時 ☐③每天約 2-4 小時 ☐④每天約 4-5 小時 ☐⑤每天約 5 小時或以上

21. 近視度數大於 600 度嗎？☐ 是 ☐ 否

自我健康評估	1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前健康狀況是？ <input type="checkbox"/> 極好的 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好
	2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前心理健康是？ <input type="checkbox"/> 極好的 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好
※目前有哪些健康問題?請敘述:	

本人茲同意將檢查項目之檢查結果，由承辦之醫療機構以書面與個人資料檔案方式，提供給元培醫事科技大學處理及利用，應用於推動全校學生健康促進相關活動；除前開用途外，非經本人同意，亦不得將上開書面與個人資料檔案移作他項用途或危害本人之隱私權。立書人或法定代理人簽名：_____

檢查日期	年	月	日	備註(勾選)： <input type="checkbox"/> 未空腹 6-8 小時 <input type="checkbox"/> 生理期第_____天 <input type="checkbox"/> 懷孕，放棄 X 光檢查																																																																															
身高：_____公分 體重：_____kg 腰圍：_____																																																																																			
血壓：_____ / _____ mmHg 脈搏：_____次/分 (異常血壓複測值：_____ / _____ mmHg 脈搏：_____次/分)																																																																																			
視力檢查：裸視：左眼 _____ 右眼 _____；矯正：左眼 _____ 右眼 _____ 近視度數：																																																																																			
辨色力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他 _____										醫師簽章： 																																																																						
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 弱視(左/右/雙眼) <input type="checkbox"/> 全盲(左/右/雙眼) <input type="checkbox"/> 其他：																																																																																
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		音叉聽力測試： <input type="checkbox"/> 雙耳正常 <input type="checkbox"/> 左耳異常 <input type="checkbox"/> 右耳異常 <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 _____																																																																																
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		<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																																																																																			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 △-已矯治 φ-阻生牙 SP-贅生牙 </div> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <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> </tr> <tr> <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> </tr> <tr> <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> </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> </tr> </table>																																	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																		
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																				
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																				
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：																																																																																		
胸部 X 光								檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病癥 <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 _____																																																																											
檢查編號：																																																																																			
實驗室檢查項目										複檢紀錄																																																																									
尿液檢查		血液		生化血清		日期		項目		結果																																																																									
尿蛋白 (Protein)		血色素(Hb)		總膽固醇 (Cholesterol)																																																																															
尿糖 (Glucose)		白血球(WBC)		麩胺酸草醋酸 轉胺酶(SGOT)																																																																															
尿潛血 (Occult Blood)		紅血球(RBC)		麩胺酸丙酮酸 轉胺酶(SGPT)																																																																															
酸鹼值 (pH)		血小板 (Platelet)		B 型肝炎表面 抗原 (HBsAg)		特殊記載																																																																													
		平均血球容 積(MCV)		B 型肝炎表面 抗體 (Anti-HBs)																																																																															
		血球容積比 (Hct)		肌酸酐 (Creatinine)		臨時性檢查																																																																													
				尿酸(Uric Acid)																																																																															
				血尿素氮(BUN)																																																																															