

國立暨南國際大學學生健康檢查表

系所：	學號：	姓名：	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：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： <input type="checkbox"/> 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 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 <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	檢查結果	實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果
			異常註記				異常註記
尿液檢查	尿蛋白 (+) (-)			血糖	飯前血糖檢查 (mg/dl)		
	尿糖 (+) (-)			腎功能檢查	血尿素氮 (mg/dl)		
	酸鹼值				肌酸酐 (mg/dl)		
	潛血 (+) (-)				尿酸 (mg/dl)		
血液常規檢查	白血球 ($10^3/\mu\text{L}$)			肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT		
	紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$)				麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT		
	血色素 (g/dl)			血脂肪	三酸甘油脂 (mg/dl)		
	血球容積比 Hct (%)				總膽固醇 (mg/dl)		
	平均血球容積 MCV (fl)			血清免疫學	高密度脂蛋白膽固醇		
	血小板 ($10^3/\mu\text{L}$)				B 型肝炎表面抗原		
				B 型肝炎表面抗體			
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"/> 肺結節 <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"/> 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						

※請填寫紙本及校務系統「健康資料卡」

學號

姓名

學生基本資料	入學日期	年 月	系所																				
	出生日期	年 月 日	血型	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號																	
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"/> 7.癩癩 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____																						
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核 <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 14.癌症：_____																						
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____																						
<input type="checkbox"/> 4.肝炎 <input type="checkbox"/> 10.蠶豆症 <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____																							
<input type="checkbox"/> 5.氣喘 <input type="checkbox"/> 11.關節炎 <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____																							
<input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 <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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不知道																							
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，類別_____																							
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，類別_____，等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度																							
特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，類別：_____																							
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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____， <input type="checkbox"/> 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"/> 每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> 不足7小時 <input type="checkbox"/> 時常失眠																						
	2.過去7天內(不含假日)早餐習慣： <input type="checkbox"/> 都不吃 <input type="checkbox"/> 有時，吃____天 <input type="checkbox"/> 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、和休閒性身體運動，累計一天至少10分鐘有幾天？ <input type="checkbox"/> 0天 <input type="checkbox"/> 1天 <input type="checkbox"/> 2天 <input type="checkbox"/> 3天 <input type="checkbox"/> 4天 <input type="checkbox"/> 5天 <input type="checkbox"/> 6天 <input type="checkbox"/> 7天																						
	4.過去一個月內，你吸菸(包括傳統菸品、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形？ <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 已戒菸 <input type="checkbox"/> 有時吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> 傳統菸品 <input type="checkbox"/> 電子煙 <input type="checkbox"/> 加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> 每天吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> 傳統菸品 <input type="checkbox"/> 電子煙 <input type="checkbox"/> 加熱式菸品等)																						
	5.過去一個月內，你喝酒情形？ <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 有時喝酒 <input type="checkbox"/> 每天喝酒(<input type="checkbox"/> 不到1杯、 <input type="checkbox"/> 1杯、 <input type="checkbox"/> 2杯以上) <input type="checkbox"/> 已戒除 (1杯的定義：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"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 已戒除																						
	7.常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常																						
	8.常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常																						
	9.過去7天內，你多久排便一次？ <input type="checkbox"/> 每天至少一次 <input type="checkbox"/> 兩天 <input type="checkbox"/> 三天 <input type="checkbox"/> 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"/> 不到2小時 <input type="checkbox"/> 約2-4小時 <input type="checkbox"/> 約4小時以上，_____小時																						
	11.你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> 0次 <input type="checkbox"/> 1次 <input type="checkbox"/> 2次 <input type="checkbox"/> 3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"/> 每半年一次 <input type="checkbox"/> 每年一次 <input type="checkbox"/> 一年以上 <input type="checkbox"/> 從來沒有																						
13.月經情況(女生回答)：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 嚴重 <input type="checkbox"/> 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"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/> 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"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/> 非常不好																						
※ 目前有哪些健康問題？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請敘述：_____；是否需要學校協助： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是																							
為配合教育部政策、教學、輔導、醫療與健康相關計畫之需要，本校在恪守個人資料保護法與尊重隱私權的前提下，蒐集及處理您的健康資料。 ※簽名：_____ 日期：_____年_____月_____日																							

照片黏貼處