

臺北市立大學 學生健康資料卡

☐ 天母校區
☐ 博愛校區

學號

學生基本資料	入學日期	年 月	出生日期	年 月 日	血型		姓名											
	科別系所	☐ 大學部 ☐ 碩士班 ☐ 博士班		性別	☐ 男 ☐ 女		身分證字號											
		系(所):		體育專長(天母校區):		E-mail												
	戶籍地址																學生本人行動電話	
	現居地址	☐ 同上 ☐ 如右:																
緊急聯絡人	關係	姓名		電話(家)		電話(公)		行動電話										
現未滿18歲須將健檢報告通知家長或監護人,請提供其手機_____ ,將發送簡訊至網頁連結查詢。																		
健康基本資料	個人疾病史:勾選本人曾患過的疾病 ☐ 1.無 ☐ 6.腎臟病 ☐ 11.關節炎 ☐ 16.重大手術名稱:_____ ☐ 2.肺結核 ☐ 7.癲癇 ☐ 12.糖尿病 ☐ 17.過敏物質名稱:_____ ☐ 3.心臟病 ☐ 8.紅斑性狼瘡 ☐ 13.心理或精神疾病:_____ ☐ 4.肝炎 ☐ 9.血友病 ☐ 14.癌症:_____ ☐ 5.氣喘 ☐ 10.蠱豆症 ☐ 15.海洋性貧血:_____																	
	高度近視:目前左右眼任一眼有沒有近視大於500度? ☐ 0.無 ☐ 1.有 ☐ 2.不知道																	
	領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡: ☐ 0.無 ☐ 1.有,類別:																	
	領有身心障礙手冊: ☐ 0.無 ☐ 1.有,類別:_____,等級: ☐ 1.輕度 ☐ 2.中度 ☐ 3.重度 ☐ 4.極重度																	
	特殊疾病現況或應注意事項: ☐ 0.無 ☐ 1.有(請描述):_____ 若有上述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。																	
生活型態	家族疾病史: ☐ 0.無 ☐ 1.有,患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂:_____,疾病名稱:_____, ☐ 2.不知道																	
	※請勾選最合適的選項: 1.過去7天內(不含假日),睡眠習慣: ☐ 每日睡足7小時 ☐ 不足7小時 ☐ 時常失眠 2.過去7天內(不含假日),早餐習慣: ☐ 都不吃 ☐ 有時吃,吃____天 ☐ 每天吃:(9點前吃: ☐ 是 ☐ 否; 9點後吃: ☐ 是 ☐ 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? ☐ 0天 ☐ 1天 ☐ 2天 ☐ 3天 ☐ 4天 ☐ 5天 ☐ 6天 ☐ 7天 4.過去一個月內,你吸菸/煙(包括傳統紙菸、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形? ☐ 不吸菸 ☐ 有時吸菸(可複選: ☐ a傳統菸品、 ☐ b電子煙、 ☐ c加熱式菸品等) ☐ 每天吸菸(可複選: ☐ a傳統菸品、 ☐ b電子煙、 ☐ c加熱式菸品等) ☐ 已戒除 5.過去一個月內,你喝酒情形? ☐ 不喝酒 ☐ 有時喝酒 ☐ 每天喝酒(☐ 2杯以上、 ☐ 1杯、 ☐ 不到1杯) ☐ 已戒除,勾選「每天喝酒」者,需進一步選擇每天喝酒杯數,1杯的定義為啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml。 6.過去一個月內,你嚼檳榔情形? ☐ 不嚼檳榔 ☐ 有時嚼檳榔 ☐ 每天嚼檳榔 ☐ 已戒除 7.常覺得憂鬱嗎? ☐ 沒有 ☐ 有時 ☐ 時常 8.常覺得焦慮嗎? ☐ 沒有 ☐ 有時 ☐ 時常 9.過去7天內,你多久排便一次? ☐ 每天至少一次 ☐ 兩天 ☐ 三天 ☐ 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? ☐ 不到2小時 ☐ 約2-4小時 ☐ 約4小時以上,____小時 11.你通常一天刷牙幾次? ☐ 0次 ☐ 1次 ☐ 2次 ☐ 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? ☐ 每半年一次 ☐ 每年一次 ☐ 一年以上 ☐ 從來沒有 13.月經情況(女生回答):有無經痛現象? ☐ 沒有 ☐ 輕微 ☐ 嚴重 ☐ 不知道/拒答																	
	1.過去一個月,一般來說,您認為您目前的健康狀況是? ☐ 非常好 ☐ 好 ☐ 一般 ☐ 不好 ☐ 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? ☐ 非常好 ☐ 好 ☐ 一般 ☐ 不好 ☐ 非常不好 ※本次健康檢查項目包含胸部X光,受檢女學生如有懷孕可能,務必主動告知檢查單位人員。 ※於本校合約院所受檢報告,請於檢查後三十日至學務處健促中心網頁線上查詢。 ※此資料蒐集僅限於健康管理、協助主管機關調查及法令需求等目的使用,遵循本校資料保存與安全控管辦理。																	
	自我健康評估																	
		簽名:																

健康檢查記錄表

雙線內請以正楷詳細填寫

學 號		姓 名		科系 班級	系 年 班		
檢查日期		年		月		日	
一般 檢 查	體 格	身高 cm		體重 Kg	腰圍 cm		
	血 壓	① / mmHg ② / mmHg		脈搏 _____ 次/分			
	視 力	裸視	右：	矯正	右：		
			左：		左：		
	辨色力	☐ 正常 ☐ 異常 _____					
聽 力	☐ 正常 ☐ 異常 _____						
眼		☐ 無明顯異常 ☐ 睫毛倒插 ☐ 眼球震顫 ☐ 眼瞼下垂 ☐ 其他 _____					
頭 頸		☐ 無明顯異常 ☐ 斜頸 ☐ 異常腫塊 ☐ 其他 _____					
胸腔及外觀		☐ 無明顯異常 ☐ 心肺疾病 ☐ 胸廓異常 ☐ 其他 _____					
心 臟		☐ 無明顯異常 ☐ 心律不整 ☐ 心雜音 ☐ 其他 _____					
腹 部		☐ 無明顯異常 ☐ 異常腫大 ☐ 其他異常 _____					
皮 膚		☐ 無明顯異常 ☐ 癬 ☐ 疥瘡 ☐ 疣 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 溼疹 ☐ 其他 _____					
其 他							
口 腔		☐ 無明顯異常 未治療齲齒： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 缺牙(因齲齒拔除)： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 已矯治牙齒： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 牙齦炎： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 牙結石： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 ☐ 口腔衛生不良 ☐ 咬合不正 ☐ 其他					
尿液檢查		肝 炎	HBsAg	血液八項檢查			
尿 糖	HBsAb		白血球WBC:	10 ³ /uL	MCHC:		
尿蛋白	HBeAg		紅血球RBC:	10 ⁶ /uL	MCH:		
酸鹼值	SGOT		血紅素 Hb:	g/uL	Hct:	%	
尿潛血	SGPT	肝 功 能		血小板 PLT:	10 ³ /uL	MCV:	fL
血 號		腎 功 能	血中尿素氮	體格缺點及建議：			
			尿酸				
			肌酸酐				
			血脂肪	膽固醇	胸部 X 光攝影：		
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				醫師簽章：	