

臺北市立大學 學生健康資料卡

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 系（所）： 體育專長(天母校區)：			性別	☐ 男 ☐ 女		身分證字號											
		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.蠶豆症 ☐ 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。																		
	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																		
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： ☐ ①每日睡足7小時 ☐ ②不足7小時 ☐ ③時常失眠 2.過去7天內（不含假日），早餐習慣： ☐ ①都不吃 ☐ ②有時吃，吃_____天 ☐ ③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？ ☐ ①0天 ☐ ②1天 ☐ ③2天 ☐ ④3天 ☐ ⑤4天 ☐ ⑥5天 ☐ ⑦6天 ☐ ⑧7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？ ☐ ①不吸菸 ☐ ②有時吸菸（可複選： ☐ a傳統菸品、 ☐ b電子煙、 ☐ c加熱式菸品等） ☐ ③每天吸菸（可複選： ☐ a傳統菸品、 ☐ b電子煙、 ☐ c加熱式菸品等） ☐ ④已戒除 5.過去一個月內，你喝酒情形？ ☐ ①不喝酒 ☐ ②有時喝酒 ☐ ③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？ ☐ ①不嚼檳榔 ☐ ②有時嚼檳榔 ☐ ③每天嚼檳榔 ☐ ④已戒除 7.常覺得憂鬱嗎？ ☐ ①沒有 ☐ ②有時 ☐ ③時常 8.常覺得焦慮嗎？ ☐ ①沒有 ☐ ②有時 ☐ ③時常 9.過去7天內，你多久排便一次？ ☐ ①每天至少一次 ☐ ②兩天 ☐ ③三天 ☐ 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？ ☐ ①不到2小時 ☐ ②約2-4小時 ☐ ③約4小時以上，_____小時 11.你通常一天刷牙幾次？ ☐ ①0次 ☐ ②1次 ☐ ③2次 ☐ ④3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？ ☐ ①每半年一次 ☐ ②每年一次 ☐ ③一年以上 ☐ ④從來沒有 13.月經情況（女生回答）：有無經痛現象？ ☐ ①沒有 ☐ ②輕微 ☐ ③嚴重 ☐ ④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？ ☐ 極好的 ☐ 很好 ☐ 好 ☐ 普通 ☐ 不好 2.過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？ ☐ 極好的 ☐ 很好 ☐ 好 ☐ 普通 ☐ 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。 ※健康總評如有建議事項或複檢通知，請至醫院或健促中心諮詢及複查，關心您的健康。 ※資料蒐集使用於健康管理、協助主管機關調查及法規需求等，遵循本校資料保存與安全控管之規範辦理。																	
		簽名：_____																	

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 _____								
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		肝 功能	SGOT		血紅素 Hb:		g/uL	Hct: %	
尿潛血			SGPT		血小板 PLT:		10 ³ /uL	MCV: fL	
血 號		腎 功能	肌酸酐		體格缺點及建議：				
			尿酸						
			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：