

# 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 | <input type="checkbox"/> 大學部 <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 博士班 |      |       | 性別          | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右:                               |      |       |             |   |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |

現未滿20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。

|  |   |                                      |  |  |  |                                 |                                |                                  |  |                                 |                                   |                                      |           |                                |                                 |                                 |           |  |                                  |                                    |  |
|--|---|--------------------------------------|--|--|--|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------|--|----------------------------------|------------------------------------|--|
| 個人疾病史  | ※請勾選  |                                      |  |  |  |                                 |                                |                                  |  |                                 |                                   |                                      |           |                                |                                 |                                 |           |  |                                  |                                    |  |
|  | <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1. 無</td> <td><input type="checkbox"/>6. 腎臟病</td> <td><input type="checkbox"/>11. 關節炎</td> <td><input type="checkbox"/>16. 重大手術名稱: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2. 肺結核</td> <td><input type="checkbox"/>7. 癲癇</td> <td><input type="checkbox"/>12. 糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/>17. 過敏物質: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3. 心臟病</td> <td><input type="checkbox"/>8. 紅斑性狼瘡</td> <td><input type="checkbox"/>13. 心理或精神疾病</td> <td>藥物: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>4. 肝炎</td> <td><input type="checkbox"/>9. 血友病</td> <td><input type="checkbox"/>14. 癌症</td> <td>食物: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>5. 氣喘(三年內曾發作)</td> <td><input type="checkbox"/>10. 蠶豆症</td> <td><input type="checkbox"/>15. 海洋性貧血</td> <td><input type="checkbox"/>18. 其他: _____</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> 1. 無        | <input type="checkbox"/> 6. 腎臟病        | <input type="checkbox"/> 11. 關節炎           | <input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱: _____ | <input type="checkbox"/> 2. 肺結核 | <input type="checkbox"/> 7. 癲癇 | <input type="checkbox"/> 12. 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 17. 過敏物質: _____ | <input type="checkbox"/> 3. 心臟病 | <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 | <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病 | 藥物: _____ | <input type="checkbox"/> 4. 肝炎 | <input type="checkbox"/> 9. 血友病 | <input type="checkbox"/> 14. 癌症 | 食物: _____ | <input type="checkbox"/> 5. 氣喘(三年內曾發作) | <input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症 | <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 | <input type="checkbox"/> 18. 其他: _____ |
|  | <input type="checkbox"/> 1. 無   | <input type="checkbox"/> 6. 腎臟病      | <input type="checkbox"/> 11. 關節炎       | <input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱: _____ |  |                                 |                                |                                  |  |                                 |                                   |                                      |           |                                |                                 |                                 |           |  |                                  |                                    |  |
|  | <input type="checkbox"/> 2. 肺結核   | <input type="checkbox"/> 7. 癲癇       | <input type="checkbox"/> 12. 糖尿病       | <input type="checkbox"/> 17. 過敏物質: _____   |  |                                 |                                |                                  |  |                                 |                                   |                                      |           |                                |                                 |                                 |           |  |                                  |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> 3. 心臟病  | <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡   | <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病 | 藥物: _____                              |  |  |                                 |                                |                                  |  |                                 |                                   |                                      |           |                                |                                 |                                 |           |  |                                  |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> 4. 肝炎   | <input type="checkbox"/> 9. 血友病   | <input type="checkbox"/> 14. 癌症      | 食物: _____                              |  |  |                                 |                                |                                  |  |                                 |                                   |                                      |           |                                |                                 |                                 |           |  |                                  |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> 5. 氣喘(三年內曾發作)   | <input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症  | <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血   | <input type="checkbox"/> 18. 其他: _____ |  |  |                                 |                                |                                  |  |                                 |                                   |                                      |           |                                |                                 |                                 |           |  |                                  |                                    |  |
| 是否領有重大傷病卡? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 類別: _____  |   |                                      |  |  |  |                                 |                                |                                  |  |                                 |                                   |                                      |           |                                |                                 |                                 |           |  |                                  |                                    |  |
| 是否領有身心障礙手冊? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 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 |   |                                      |  |  |  |                                 |                                |                                  |  |                                 |                                   |                                      |           |                                |                                 |                                 |           |  |                                  |                                    |  |

※具有疾病史者請續填

1. 目前有無就醫? 無, 已痊癒    有, 治療中    未治療    未痊癒, 但不需治療

2. 是否需要學校協助? 否    是, 我需要的協助是 \_\_\_\_\_

|      |   |
|------|---|
| 家族病史 | 患有重大遺傳疾病之家屬稱謂: _____  |
|      | ※請勾選 <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 3. 高血壓 <input type="checkbox"/> 4. 血友病 <input type="checkbox"/> 5. 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 6. 癌症, 種類: _____ <input type="checkbox"/> 7. 其他 _____ |

|   |  |
|---|--|
| 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, 幾點吃? _____點   |
|   | 3. 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? <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有  |
|   | 4. 過去一個月內, 吸菸行為: <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②時常吸菸 <input type="checkbox"/> ③每天吸菸, _____支/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除                                       |
|   | 5. 過去一個月內, 喝酒行為: <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②時常喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒, _____杯/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除<br>(一杯的定義: 啤酒330ml, 葡萄酒120ml, 烈酒45ml) |
|   | 6. 過去一個月內, 嚼檳榔: <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔, _____粒/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除                                     |
|   | 7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎? <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常   |
|   | 8. 常覺得胸悶嗎? <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常  |
|   | 9. 常覺得胃痛嗎? <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常  |
|   | 10. 常覺得頭痛嗎? <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常   |
|   | 11. 月經情況(女生回答)   |
|   | (1) 初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有 初經年齡: _____歲  |
|   | (2) 月經週期: <input type="checkbox"/> ①≤20天 <input type="checkbox"/> ②21-40天 <input type="checkbox"/> ③≥41天 <input type="checkbox"/> ④不規律(差異7天以上)   |
|   | (3) 有無經痛現象: <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重   |
| 12. 排便習慣: 過去7天內, 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  |  |
| 13. 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?<br><input type="checkbox"/> ①每天少於1小時 <input type="checkbox"/> ②每天約1-2小時 <input type="checkbox"/> ③每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> ④每天約4-5小時 <input type="checkbox"/> ⑤每天約5小時或以上 |  |
| 14. 是否曾經或目前有吸用電子煙? <input type="checkbox"/> ①從不吸用 <input type="checkbox"/> ②曾經有, 目前沒有 <input type="checkbox"/> ③目前有   |  |
| 15. 過去一個月內, 吸用電子煙狀況: <input type="checkbox"/> ①從不吸用 <input type="checkbox"/> ②時常吸用 <input type="checkbox"/> ③每天吸用, _____次/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除   |  |

|        |   |
|--------|---|
| 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"/> 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, 您認為您目前的心理健康是? <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 |
|        | 3. 是否近視超過600度? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是  |
|        | <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※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, 絕不轉做其他用途, 遵循本校資料保存與安全控管辦理。</p>       |

簽名:

