

# 馬偕醫學大學學生健康資料卡

|    |  |
|----|--|
| 學號 |  |
|----|--|

|        |                        |                      |            |  |       |      |
|--------|------------------------|----------------------|------------|--|-------|------|
| 學生基本資料 | 入學日期                   | 年 月                  | 就讀系所、班(組)別 | 姓名   |       |      |
|        | 出生日期                   | 年 月 日                | 血型         | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 身分證字號 |       |      |
|        | 戶籍地址                   | 學生本人行動電話             |            |  |       |      |
|        | 現居地址                   | 相片黏貼處<br>(由各校決定是否蒐集) |            |  |       |      |
|        | 緊急聯絡人、<br>監護人或<br>附近親友 | 關係                   | 姓名         | 電話(家)  | 電話(公) | 行動電話 |

|   |  |
|---|--|
| 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"/> 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.過敏物質名稱：_____          |
|   | <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：_____ <input type="checkbox"/> 18.其他：_____ |
|   | <input type="checkbox"/> 4.肝炎 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 14.癌症：_____  |
| <input type="checkbox"/> 5.氣喘 <input type="checkbox"/> 10.蠶豆症 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道  |  |
| 領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有·類別：   |  |
| 領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有·類別：_____·等級： <input type="checkbox"/> 1.輕度 <input type="checkbox"/> 2.中度 <input type="checkbox"/> 3.重度 <input type="checkbox"/> 4.極重度 |  |
| 特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有·患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____·疾病名稱：_____· <input type="checkbox"/> 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： <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·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、交通和休閒性身體活動·累計 1 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 4 天 <input type="checkbox"/> 5 5 天 <input type="checkbox"/> 6 6 天 <input type="checkbox"/> 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？   |
|   | <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 有時吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a 傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b 電子煙、 <input type="checkbox"/> c 加熱式菸品等)   |
|   | <input type="checkbox"/> 每天吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a 傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b 電子煙、 <input type="checkbox"/> c 加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> 4 已戒除。  |
|   | 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"/> a 2 杯以上、 <input type="checkbox"/> b 1 杯、 <input type="checkbox"/> c 不到 1 杯)   |
|   | <input type="checkbox"/> 4 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？ <input type="checkbox"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 4 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"/> 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·你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"/> 4 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"/> 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？ <input type="checkbox"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 4 不好 <input type="checkbox"/> 5 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"/> 4 不好 <input type="checkbox"/> 5 非常不好 |
| ※ 目前有哪些健康問題？請敘述： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有·是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是 |   |

|                        |   |   |              |             |   |             |      |              |    |
|------------------------|---|---|--------------|-------------|---|-------------|------|--------------|----|
| 全身檢查項目                 |   | 檢查日期： 年 月 日 · 檢查結果登錄 (請勾選)  |              |             |   | 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<br><input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜破損△ <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大△ <input type="checkbox"/> 盯聾栓塞△ <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"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 其他_____  |              |             |   |             |      |              |    |
| 泌尿生殖△                  | <input type="checkbox"/> 無明顯異常<br><input type="checkbox"/> 未檢查  | <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <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<br>缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有<br>已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有<br>牙齦炎※： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.<br>有牙結石※： <input type="checkbox"/> 0.無<br><input type="checkbox"/> 1.有<br><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<br><input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治<br><input type="checkbox"/> 其他建議：_____ |   |              |             | 承辦檢查醫療院所簽章  |             |      |              |    |
| 實驗室檢查項目                |   | 初查結果  | 檢查結果<br>異常註記 | 追蹤          | 實驗室檢查項目   |             | 初查結果 | 檢查結果<br>異常註記 | 追蹤 |
| 尿液檢查                   | 尿蛋白 (+)(-)  |   |              |             | 血脂<br>總膽固醇 (mg/dL)<br>腎功能<br>CREATININE (mg/dL)<br>尿酸 (mg/dL)<br>血尿素氮 (mg/dL) >>< |             |      |              |    |
|                        | 尿糖 (+)(-)   |   |              |             |   |             |      |              |    |
|                        | 潛血 (+)(-)   |   |              |             |   |             |      |              |    |
|                        | 酸鹼值   |   |              |             |   |             |      |              |    |
| 血液常規檢查                 | 血色素 (g/dL)  |   |              |             | 肝功能<br>SGOT(AST) (U/L)<br>SGPT(ALT) (U/L)   |             |      |              |    |
|                        | 白血球 (10 <sup>3</sup> /μL)   |   |              |             |   |             |      |              |    |
|                        | 紅血球 (10 <sup>9</sup> /μL)   |   |              |             | 血清<br>免疫學<br>HBsAg△<br>Anti-HBs△<br>其他>   |             |      |              |    |
|                        | 血小板 (10 <sup>3</sup> /μL)   |   |              |             |   |             |      |              |    |
|                        | 平均血球容積比 (fl)  |   |              |             |   |             |      |              |    |
| 血球容積比 HCT (%) >><      |   |   |              |             |   |             |      |              |    |
| 胸部 X光檢查                | 檢查日期  | 檢查結果：<br><input type="checkbox"/> 無明顯異常<br><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<br><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"/> 肺結節<br><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   |             |      |              |    |
|                        |   |   |              |             |   |             |      |              |    |
| 健康管理紀錄                 | 健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄   |   |              |             |   |             |      |              |    |

1. 為符合「學生健康檢查實施辦法」，同意淡水馬偕醫院經將本人個人資料及體檢報告提供予馬偕醫學大學衛生保健組作為學生健康管理之用。

同意請簽名 \_\_\_\_\_