

大學部日間 進學班 轉學生 復學生 外藉生、交換生 僑生、陸生 碩士 博士 學生自行填寫  
※此頁如在本校 校內做健檢, 請先上網 <https://physical.com.tw/survey/sco.php> 填寫

# 淡江大學 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 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右:													
	緊急聯絡人、 監護人或 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										特殊疾病現況或應注意事項			
	<input type="checkbox"/> 1.無		<input type="checkbox"/> 7.癲癇		<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病: _____				<input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要					
	<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: _____										
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡, 類別 _____														
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊, 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														
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: 患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 _____, 疾病名稱 _____														
生活型態	※ 請勾選最合適的選項:										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			
	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					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			
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					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				
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 (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, 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					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"/> ② 21-40 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? <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				
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"/> ①極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤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"/> ①極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤不好													
※ 目前有哪些健康問題? 請敘述:														
本資料為衛保組做為健康檢查業務之用, 本人已詳細閱讀並同意衛保組個資使用目的及範圍內收集、使用及處理本人所提供之相關資料。詳細內容(淡江大學隱私聲明暨個人資料)。詳見淡江大學網頁。 本資料提供本校輔導師長及體育教師作為輔導照顧目的使用及提供教育部「大專校院學生健康資訊系統建置及健康資料分析」計畫, 以做為學校健康管理、健康促進以及政府政策分析與擬訂之依據。詳見本組網頁。 立書人簽名 (未滿 20 歲由代理人簽名): _____ 未完成入學健檢者, 將會造成您在校期間健康方面相關福利及權利之損失, 如未來造成校園公共衛生問題受到處分, 請自行承擔。														

※ 同學請注意: 檢查當日可少量進食與飲水, 以免飢餓過度造成身體不適

科系		學號		姓名													
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	自選項目： <input type="checkbox"/> 腰圍	公分※												
血壓：	/	mmHg	脈搏：	次/分※													
視力檢查	裸視：左眼	右眼	矯正視力：左眼	右眼													
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：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_____																
泌尿生殖△	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石※ <input type="checkbox"/> 牙齦炎※ <input type="checkbox"/> 牙周炎※ <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常※ <input type="checkbox"/> 其他_____																
牙齒位置圖	檢查代碼	C-齶齒	X-缺牙	△-已矯治※	φ-阻生牙※	Sp.-贅生牙※											
右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上
右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下
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	追蹤			異常註記	追蹤										
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)			血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)												
	尿糖 (+)(-)			腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)												
	潛血 (+)(-)				尿酸 (mg/dl)												
	酸鹼值				血尿素氮 (mg/dl)※												
血液常規檢查	血色素 (g/dl)			肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)												
	白血球 (10 <sup>3</sup> /μL)				麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)												
	紅血球 (10 <sup>6</sup> /μL)			血清免疫學	B 型肝炎表面抗原△												
	血小板 (10 <sup>3</sup> /μL)				B 型肝炎表面抗體△												
	平均血球容積 MCV(fl)				其他												
血球容積比 Hct (%)※																	
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"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <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																

※ 同學請注意：檢查當日可少量進食與飲水，以免飢餓過度造成身體不適

△：學生健康檢查實施辦法中視需要而辦理之項目 ※：學校自選項 (ASFX-Q03-006-FM001) 保存年限：7 年