



健康檢查前的注意事項

國立中央大學學生健康資料卡

大學部

學 號	身分證字號		血型		相片黏貼處	
姓 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月		日
科別系所	系(所) _____ 班 _____					
聯絡住址						
聯絡方式	通訊電話: _____		行動電話: _____			
	E-mail: _____		實驗室分機()知道請填寫			
緊急聯絡人	姓名	關係	電話			
	行動電話	1. _____	2. _____			
<p>1. 體檢日後30個工作天內，檢查單位將以簡訊通知，開放線上體檢報告查詢。</p> <p>2. 未滿18歲者，將以簡訊通知家長線上查詢報告（家長行動電話：_____）。</p> <p>3. 我與家長已詳閱校方公告之個人資料保護政策聲明。</p> <p>4. (女性請務必填寫)本人確定無懷孕。 <input type="checkbox"/>同意接受胸部X光檢查。 簽名：_____</p>						
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"/> 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，吃_____天 <input type="checkbox"/> ③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"/> ①0天 <input type="checkbox"/> ②1天 <input type="checkbox"/> ③2天 <input type="checkbox"/> ④3天 <input type="checkbox"/> ⑤4天 <input type="checkbox"/> ⑥5天 <input type="checkbox"/> ⑦6天 <input type="checkbox"/> ⑧7天					
	4.過去一個月內，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"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②已戒除 <input type="checkbox"/> ③有時吸菸 <input type="checkbox"/> ④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"/> ⑤戒菸意願 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無。					
	5.過去一個月內，喝酒情形？ <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②有時喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒(<input type="checkbox"/> 2杯以上 <input type="checkbox"/> 1杯 <input type="checkbox"/> 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，嚼檳榔情形？ <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ④已戒除					
	7.常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常					
	8.常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常					
	9.過去7天內，你多久排便一次？ <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					
	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？ <input type="checkbox"/> ①不到2小時 <input type="checkbox"/> ②約2-4小時 <input type="checkbox"/> ③約4小時以上，_____小時					
	11.你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> ①0次 <input type="checkbox"/> ②1次 <input type="checkbox"/> ③2次 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ①每半年一次 <input type="checkbox"/> ②每年一次 <input type="checkbox"/> ③一年以上 <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"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③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"/> 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：_____						

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		心跳	次/分		
	視力	裸視	右:		矯正	右:			
			左:			左:			
	辨色力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常							
聽力	右: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常			左: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常					
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								
胸部及外觀	<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								
心臟	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 心雜音 <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"/> 其他異常								
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								
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	無未治療齲齒: <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 缺牙(因齲齒拔除): <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 已矯治牙齒: <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 牙齦炎: <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 牙結石: <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他							
其他									
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	尿糖 (+)(-)				代謝症 候群檢 查	總膽固醇 (mg/dl)			
	尿蛋白 (+)(-)					三酸甘油脂			
	潛血 (+)(-)					高密度膽固醇			
	酸鹼值					空腹血糖			
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			
	白血球 (10 ³ /μL)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶			
	紅血球 (10 ⁶ /μL)				腎功能 檢查	肌酸酐 (mg/dl)			
	血小板 (10 ³ /μL)					尿酸 (mg/dl)			
	平均血球容積 MCV (fl)					血尿素氮 (mg/dl) ※			
	血球容積比 Hct (%) ※				血清 免疫學	B 型肝炎表面抗原			
	平均紅血球血紅素 MCH					B 型肝炎表面抗體			
平均紅血球血紅素濃度 MCHC									
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				胸部X光檢查:			
						醫師簽章:			