

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 系（所）： 體育專長(天母校區)：		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 E-mail		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	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話									
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 <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>1. 無 <input type="checkbox"/>2. 肺結核 <input type="checkbox"/>3. 心臟病 <input type="checkbox"/>4. 肝炎 <input type="checkbox"/>5. 氣喘(三年內曾發作) </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>6. 腎臟病 <input type="checkbox"/>7. 癲癇 <input type="checkbox"/>8. 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/>9. 血友病 <input type="checkbox"/>10. 蠱豆症 </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>11. 關節炎 <input type="checkbox"/>12. 糖尿病 <input type="checkbox"/>13. 心理或精神疾病 <input type="checkbox"/>14. 癌症 <input type="checkbox"/>15. 海洋性貧血 </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>16. 重大手術名稱：_____ <input type="checkbox"/>17. 過敏物質：藥物：_____ 食物：_____ <input type="checkbox"/>18. 其他：_____ </div> </div>														
	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？ <input type="checkbox"/> 無，已痊癒 <input type="checkbox"/> 有，治療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 未痊癒，但不需治療 2. 是否需要學校協助？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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. 蠱豆症 <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 （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？ <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 ※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。 ※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。													
簽名：															

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		脈搏		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	<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										
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												
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				
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"/> 治療中)		<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						
																	牙醫簽章	
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
尿液檢查				HBsAg				血液檢查										
尿 糖		肝 炎		HBsAb				白血球：				紅血球：				血色素：		
尿蛋白				HBeAg				MCV：				血小板：						
酸鹼值		肝 功 能		SGOT														
尿潛血				SGPT				體格缺點及建議：										
血 號		腎 功 能		血中尿素氮				胸部 X 光攝影：										
				尿酸														
				肌酸酐														
		血脂肪		膽固醇														
		一氧化碳																
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：						