



國立臺灣師範大學學生健康資料卡 (學生自填)

填寫日期： 年 月 日

學 號				姓 名			
出 生 日 期	年	月	日	學 院			
				系 所 別			
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			血 型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB		
學 生 手 機				E - m a i l			
緊急連絡人	姓 名	關 係		電 話 (含區域碼)	手 機 (分隔前 4 碼, 後六碼)		
				—	—		

健康基本資料	※曾患下列何種疾病? 請勾選			<input type="checkbox"/> 12. 糖尿病: _____	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)	
	<input type="checkbox"/> 1. 無			<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病: _____		
	<input type="checkbox"/> 2. 肺結核	<input type="checkbox"/> 7. 癲癇				<input type="checkbox"/> 14. 癌症: _____
	<input type="checkbox"/> 3. 心臟病	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡				<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血: _____
	<input type="checkbox"/> 4. 肝炎	<input type="checkbox"/> 9. 血友病				<input type="checkbox"/> 16. 重大手術: _____
	<input type="checkbox"/> 5. 氣喘	<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症			<input type="checkbox"/> 17. 過敏性物質: _____	
	<input type="checkbox"/> 6. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 11. 關節炎			<input type="checkbox"/> 18. 其他: _____	
	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					
	<input type="checkbox"/> 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: _____					
	<input type="checkbox"/> 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					
	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: <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, _____ 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"/> ① 0 天 <input type="checkbox"/> ② 1 天 <input type="checkbox"/> ③ 2 天 <input type="checkbox"/> ④ 3 天 <input type="checkbox"/> ⑤ 4 天 <input type="checkbox"/> ⑥ 5 天 <input type="checkbox"/> ⑦ 6 天 <input type="checkbox"/> ⑧ 7 天				
	4. 過去 1 個月內, 你吸菸/煙(包含傳統菸品、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(可複選: <input type="checkbox"/> ④ 傳統菸品 <input type="checkbox"/> ⑤ 電子煙 <input type="checkbox"/> ⑥ 加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ④ 每天吸菸(可複選: <input type="checkbox"/> ① 傳統菸品 <input type="checkbox"/> ② 電子煙 <input type="checkbox"/> ③ 加熱式菸品等)				
	5. 過去 1 個月內你喝酒情形?: <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: 啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml)				
	6. 過去 1 個月內, 你有嚼檳榔情形 <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. 常覺得憂慮嗎? <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				
	11. 你通常 1 天刷牙幾次? <input type="checkbox"/> ① 0 次 <input type="checkbox"/> ② 1 次 <input type="checkbox"/> ③ 2 次 <input type="checkbox"/> ④ 3 次以上				
	12. 在沒有牙痛或其他口腔不舒服的情況下, 多久會做一次口腔健康檢查? <input type="checkbox"/> ① 每半年 1 次 <input type="checkbox"/> ② 每年 1 次 <input type="checkbox"/> ③ 1 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	1. 過去 1 個月, 一般來說, 您認為您目前的健康狀況是: <input type="checkbox"/> ① 非常好 <input type="checkbox"/> ② 好 <input type="checkbox"/> ③ 一般 <input type="checkbox"/> ④ 不好 <input type="checkbox"/> ⑤ 非常不好				
	2. 過去 1 個月, 一般來說, 您認為您目前的心理健康是: <input type="checkbox"/> ① 非常好 <input type="checkbox"/> ② 好 <input type="checkbox"/> ③ 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: _____ ; 是否需要學校協助: <input type="checkbox"/> 0. 否 <input type="checkbox"/> 1. 是				



體檢項目	受檢學生		(檢查日期)		學號：	姓名：
			年	月	日	
體 格	身高：		cm		體重：	Kg
血 壓	/		mmHg		(視需要複查)	/ mmHg
視 力	裸 視	左：			右：	
	矯 正	左：			右：	
耳 鼻 喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 其他_____				聽 力	左： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____
						右： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____
口 腔	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_____					
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_____					其他特殊事項
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"/> 肢體畸型 <input type="checkbox"/> 蹲踞困難 <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_____					
胸 部 X 光	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <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"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 其他_____					複查追蹤情形
實驗室檢查	腎功能 檢 查	尿素氮：	mg/dL	尿 液 檢 查	尿蛋白：	
		肌酸酐：	mg/dL		尿 糖：	
		尿酸：	mg/dl		潛 血：	
	血液常規 檢 查	白血球 WBC：	$10^3/\mu\text{L}$	血 脂 肪	酸鹼值：	
		紅血球 RBC：	$10^6/\mu\text{L}$		總膽固醇：	mg/dL
		血色素 Hb：	g/dL	肝 功 能 檢 查	SGOT(AST)：	U/L
		血球容積比 Hct：	%		SGPT(ALT)：	U/L
平均血球容積 MCV：	fl	血 清 免 疫 學	B 型肝炎表面抗原(HBsAg)：			
血小板 PLT：	$10^3/\mu\text{L}$		B 型肝炎表面抗體(Anti-HBs)：			
總評及建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，須接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：_____					承辦檢查醫院/醫師簽章
	健康管理綜合紀錄					