

國立高雄應用科技大學學生健康資料卡 (自填)

☐進食 ☐生理期 ☐懷孕 ☐疑懷孕

檢查日期： 年 月 日

姓 名	身份證字號										血 型		相 片 黏 貼 處	
學 號	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出 生 日 期			年			月		日			
部 別	<input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修推廣處 <input type="checkbox"/> 進修學院			學 制		<input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 博士班 <input type="checkbox"/> 轉學生								
系所班別	系 (所)										年			班
聯絡地址											電 話	家用：		
												行動：		
E-mail														
緊 急 聯 絡 人	姓 名				關 係				電 話					

相
片
黏
貼
處

※曾患下列疾病否？請打勾

過去病	是	否	是	否	是	否
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1. 肺結核		7. 甲狀腺疾病		13. 高血壓	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. 心臟疾病		8. 紅斑性狼瘡		14. 重大手術 名稱: _____	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 肝炎		9. 血友病		15. 藥物過敏 名稱: _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 氣喘		10. 蠶豆痘		16. 食物過敏 名稱: _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 腎臟病		11. 關節炎		17. 其他: _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. 癩癩		12. 糖尿病				

☐領有重大傷病證明卡，類別 _____ ☐領有身心障礙手冊，類別 _____ 等級：☐極重度☐重度☐中度☐輕度
家族疾病史：曾患有上述疾病之家屬稱謂 _____，疾病名稱 _____
若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，可提供就診病歷摘要（含疾病現況及應注意事項）做為照護參考。

※請勾選最適合的項目：

過
去
一
年
生
活
回
顧

1. 睡眠習慣：☐ 每日睡足 7~8 小時 ☐ 不足 7~8 小時 ☐ 時常失眠

2. 早餐習慣：☐ 每天吃 ☐ 偶爾 ☐ 不吃

3. 若以每週至少運動三次，每次至少 30 分鐘為基準；您做到了嗎？ ☐ 有 ☐ 沒有

4. 吸菸習慣：☐ 不吸菸 ☐ 吸菸，菸量約 _____ 支 / 天

5. 喝酒習慣：☐ 不喝酒 ☐ 偶爾喝 ☐ 時常喝酒，酒量 _____ 杯 / 天

6. 嚼食檳榔：☐ 不嚼檳榔 ☐ 嚼食檳榔，量約 _____ 粒 / 天

7. 常覺得焦慮、憂慮嗎？ ☐ 很少或沒有 ☐ 偶爾 ☐ 時常

8. 常覺得胸悶嗎？ ☐ 很少或沒有 ☐ 偶爾 ☐ 時常

9. 常覺得胃痛嗎？ ☐ 很少或沒有 ☐ 偶爾 ☐ 時常

10. 常覺得頭痛嗎？ ☐ 很少或沒有 ☐ 偶爾 ☐ 時常

11. 有無月經痛（女生回答）：(1) 初次月經年齡：_____ 歲
(2) 有無經痛現象：☐ 1. 有 ☐ 2. 沒有 ☐ 3. 偶爾

12. 是否有氣喘？☐ 是，三年內發作過 ☐ 是，三年內沒有發作過 ☐ 否，從沒發作過

13. 是否便秘？☐ 很少或沒有 ☐ 偶爾 ☐ 時常

自我健康狀況：整體而言，您覺得自己的健康狀況與同年齡的人比較是：

☐ 非常好 ☐ 稍微好 ☐ 沒有差別 ☐ 稍微差 ☐ 非常差

目前有那些健康問題？請敘述：

自我健康評估

健康檢查記錄表 (由健檢單位填寫)

學 號											姓 名											科別系所																																																																																																					
檢 查 日 期	年										月										日																																																																																																						
檢 查 項 目	檢 查 結 果																																																																																																																										
一 般 檢 查	體 格		身高：															cm					體 重：		kg																																																																																																		
	血 壓		收縮壓 / 舒張壓：															/					mmHg																																																																																																				
	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：					左：																																																																																																					
口 腔	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 右 左 </div> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>C= 齲齒 ×=缺牙 /=阻生牙 △=已矯正</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 其他 _____</p>																																																													18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38															
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																											
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																												
理 學 檢 查	頭 淋 巴 腺		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																																																																								
	頸 甲 狀 腺		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																																																																								
	其 他		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																																																																								
	胸 心 臟		<input type="checkbox"/> 無異狀 ; 心跳 次 / 分; <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 心雜音																																																																																																																								
	部 肺 臟		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																																																																								
	腹 部		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																																																																								
	肌 肉 關 節		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																																																																								
實 驗 室 檢 查	皮 膚		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																																																																								
	腰 圍																																																																																																																										
	尿 液		尿糖： 尿蛋白： 尿潛血： PH：																																																																																																																								
	血 糖																																																																																																																										
	肝 功 能		SGOT: SGPT:																																																																																																																								
	B 型 肝 炎		HBsAg: HBsAb																																																																																																																								
	肌 酸 酐 Crea		尿素氮 BUN																																																																																																																								
血 液 常 規 檢 查	尿 酸 UA		尿酸脫氫酶LDH																																																																																																																								
	總膽固醇 CHOL		三酸肝油脂 TG																																																																																																																								
	其 他		高密度脂蛋白																																																																																																																								
胸 部 X 光 攝 影															X 光 編 號																																																																																																												
醫師總評及建議															醫師 簽 章					血 液 編 號																																																																																																							
矯 治 追 蹤 紀 錄																																																																																																																											
特 殊 記 錄																																																																																																																											