

本表單蒐集之個人資料，僅限於統計及追蹤紀錄使用，非經當事人同意，絕不轉作其他用途，亦不會公布任何資訊，並遵循本校資料保存與安全控管辦理。

大專校院校名 國立中興大學 學生健康資料卡

(教育部修訂版)

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	相片黏貼處			
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						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			
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						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				
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						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				
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						11. 月經情況(女生回答)				
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330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml)						(1) 初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，初經年齡：_____歲				
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						(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				
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：										
★備註 (必填)	■請新生入學時參照校內團體健檢各系所時間表來檢察，未能到校參加健檢者，請自行至設有胸腔科門診之醫院作健康檢查(不含檢驗所)，檢查完畢請自行影印1-2份，一份自存、另需上體育課學生再影印一份自行繳交體育室教學活動參考；自行至校外健檢者，正本請於入學後交回學務處「健康及諮商中心」(惠孫堂一樓)04-22840235。									
	■健檢結果如有異常者，請儘速就醫治療，若患有傳染病如肺結核等疾病，應於治療病情控制後始得就學。									
	■教育部轄內全國大專校院新生個人生活型態及健康檢查等健康資料分析、統計需求時，若需本校提供學生健康檢查資料，同意提供者，請學生家長或學生本人(已滿20歲)簽名及填寫日期。									
<input type="checkbox"/> 同意提供，學生家長簽名/日期：_____ <input type="checkbox"/> 學生本人簽名/日期：_____										
<input type="checkbox"/> 不同意提供，健檢表只交由學校，僅限於統計及追蹤紀錄使用，學生家長或學生本人簽名/日期：_____										

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_____																																																	
胸部		<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"/> 青蛙肢（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 <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-齲齒 X-缺牙 Δ-已矯治 φ-阻生牙 Sp.-贅生牙																																																	
		<table border="1"> <tr> <td>右上</td> <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>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <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>左下</td> </tr> </table>												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		
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_____ 科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：_____												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		三酸甘油酯 (mg/dl)																																											
		尿糖 (+)(-)						總膽固醇 (mg/dl)																																											
		潛血 (+)(-)						低密度膽固醇 (mg/dl)																																											
		酸鹼值						高密度膽固醇 (mg/dl)																																											
血液常規檢查		飯前血糖 (mg/dl)				腎功能檢查		肌酸酐 (mg/dl)																																											
		血色素 (g/dl)						尿酸 (mg/dl)																																											
		白血球 ($10^3/\mu\text{L}$)						血尿素氮 (mg/dl)※																																											
		紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$)				肝功能檢查		麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)																																											
		血小板 ($10^3/\mu\text{L}$)						麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)																																											
		平均血球容積 MCV (fl)				血清		B型肝炎表面抗原																																											
		血球容積比 Hct (%)※				免疫學		B型肝炎表面抗體																																											
■ 請至少禁食 6-8 小時（可喝少量白開水）																																																			
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																																																	
本資料為國立中興大學專有之財產，非經書面許可，不准透露或使用本資料，亦不准複印，複製或轉變成任何其他形式使用。 The information contained herein is the exclusive property of NCHU and shall not be distributed, reproduced, or disclosed in whole or in part without prior written permission of NCHU.																																																			

School Name **Nation Chung Hsing University Student Health Examination**
 Form **Ministry of Education, Taiwan, R.O.C. (Revised Version)**

Student No.	
-------------	--

Contact Information	Date of Entry	(yy)/(mm) /	Dept./Institute/Class		Name										
	Date of Birth	(yy)/(mm)/(dd) / /	Blood Type		Sex	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	I.D. No.								
	Permanent address							Cell phone No.		Attach photo here					
	Mailing address	If different from above:													
	Emergency contact (Parents or guardian)	Relationship	Name	Phone (home)	Phone (work)	Cell phone No.									

Health Information	Medical History						Details of particular item/s or other matters requiring attention					
	Please tick any of the following ailments you have had (please add details for 13. to 18.):						□Details given in the attached file.					
	<input type="checkbox"/> 1. None	<input type="checkbox"/> 7. Epilepsy	<input type="checkbox"/> 13. Psychological or mental illness: _____									
	<input type="checkbox"/> 2. Tuberculosis	<input type="checkbox"/> 8. SLE (Lupus)	<input type="checkbox"/> 14. Cancer: _____									
	<input type="checkbox"/> 3. Heart disease	<input type="checkbox"/> 9. Hemophilia	<input type="checkbox"/> 15. Thalassemia: _____									
<input type="checkbox"/> 4. Hepatitis	<input type="checkbox"/> 10. G6PD deficiency	<input type="checkbox"/> 16. Major surgery: _____										
<input type="checkbox"/> 5. Asthma	<input type="checkbox"/> 11. Arthritis	<input type="checkbox"/> 17. Allergy to: _____										
<input type="checkbox"/> 6. Kidney disease	<input type="checkbox"/> 12. Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> 18. Other: _____										
□Holder of Catastrophic Illness Certificate - Category: _____												
□Holder of Physical/Mental Disability Manual - Category: _____												
Level: <input type="checkbox"/> Very serious <input type="checkbox"/> Serious <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Mild												
If you are being treated for or recovering from any of the above or some other disease, please inform the medical personnel and also provide your medical records for the healthcare professionals' references.												
Family medical history: relative with hereditary disease _____ Name of disease _____												

Lifestyle	※ Tick the box that best describes your lifestyle: 1. How much did you sleep during the past 7 days (not including weekends, or days off)? <input type="checkbox"/> ① ≥ 7 hours a day <input type="checkbox"/> ② < 7 hours a day <input type="checkbox"/> ③ I suffer from insomnia 2. How many days did you eat breakfast during the past 7 days (not including weekends, or days off)? <input type="checkbox"/> ① Never <input type="checkbox"/> ② Seldom: _____ days <input type="checkbox"/> ③ Every day at (time)? _____ 3. During the past month (not including weekends, days off, or winter or summer vacation), have you exercised three times a week, for at least 30 minutes each time, and achieving a heartbeat rate of 130 bpm each time? <input type="checkbox"/> ① Yes <input type="checkbox"/> ② No 4. During the past month, did you smoke? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Often <input type="checkbox"/> ③ Every day: _____ # cigarettes per day <input type="checkbox"/> ④ Quit 5. During the past month, did you drink alcohol? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Often <input type="checkbox"/> ③ Every day: _____ # glasses per day <input type="checkbox"/> ④ Quit (Note for ③: please say how many glasses, 'one glass' means: beer 330 ml, wine 120 ml, liquor 45 ml) 6. During the past month, did you chew betel quid? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Often <input type="checkbox"/> ③ Every day, _____ # quids per day <input type="checkbox"/> ④ Quit 7. Do you feel worried or depressed? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Seldom <input type="checkbox"/> ③ Often						8. Do you regularly feel chest discomfort? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Seldom <input type="checkbox"/> ③ Often 9. Do you regularly feel stomach discomfort? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Seldom <input type="checkbox"/> ③ Often 10. Do you regularly have headaches? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Seldom <input type="checkbox"/> ③ Often 11. Menstrual history (women only): (1) Your age at first menstruation: <input type="checkbox"/> ① Haven't begun menstruation yet <input type="checkbox"/> ② Age at first period: _____ (2) Length of menstrual cycle: <input type="checkbox"/> ① ≤ 20 days <input type="checkbox"/> ② 21-40 days <input type="checkbox"/> ③ ≥ 41 days <input type="checkbox"/> ④ irregular (differing in length by more than 7 days) (3) Do you have painful menstrual periods? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Light pain <input type="checkbox"/> ③ Severe pain 12. Bowel habits: During the past 7 days, how often did you defecate? <input type="checkbox"/> ① At least once every day <input type="checkbox"/> ② Once in 2 days <input type="checkbox"/> ③ Once in 3 days <input type="checkbox"/> ④ Once in 4 or more days 13. Internet use: During the past seven days (not including weekends, or days off), how many hours did you use the internet every day, apart from when doing homework or in class? <input type="checkbox"/> ① ≤ 1 hour <input type="checkbox"/> ② 1-2 (less than) hours <input type="checkbox"/> ③ 2-4 (less than) hours <input type="checkbox"/> ④ 4-5 (less than) hours <input type="checkbox"/> ⑤ ≥ 5 hours					
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Self-rated Health	1. In general, during the past month, would you say your health is <input type="checkbox"/> ① Excellent <input type="checkbox"/> ② Very good <input type="checkbox"/> ③ Good <input type="checkbox"/> ④ Fair <input type="checkbox"/> ⑤ Poor					
	2. In general, during the past month, would you say your mental health is <input type="checkbox"/> ① Excellent <input type="checkbox"/> ② Very good <input type="checkbox"/> ③ Good <input type="checkbox"/> ④ Fair <input type="checkbox"/> ⑤ Poor					
※ Do you currently have any health concerns? Please give details:						

Health Examination Record (to be completed by medical personnel)				Date: Year _____ Month _____ Day _____				Examiner's Signature									
Height: _____ cm		Weight: _____ kg		Optional <input type="checkbox"/> Waistline: _____ cm													
Blood Pressure: _____ / _____ mmHg				Pulse rate: _____ /min													
Vision: Uncorrected: Left _____ Right _____				Corrected: Left _____ Right _____													
Eyes	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Color blindness <input type="checkbox"/> Other: _____															
ENT	<input type="checkbox"/> Normal	Hearing abnormality: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Suspected otitis media (<i>further diagnosis required</i>), such as from a perforated ear drum <input type="checkbox"/> Swollen tonsils <input type="checkbox"/> Earwax embolism <input type="checkbox"/> Other: _____															
Head & Neck	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Wry neck (torticollis) <input type="checkbox"/> Abnormal mass <input type="checkbox"/> Other: _____															
Chest	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Cardiopulmonary disease <input type="checkbox"/> Abnormal thorax <input type="checkbox"/> Other: _____															
Abdomen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormally swollen <input type="checkbox"/> Other: _____															
Spine & limbs	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Scoliosis <input type="checkbox"/> Limb deformity <input type="checkbox"/> Bowlegged (Difficulty squatting) <input type="checkbox"/> Other: _____															
Skin	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ringworm <input type="checkbox"/> Scabies <input type="checkbox"/> Wart <input type="checkbox"/> Atopic dermatitis <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Other: _____															
Oral	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Poor oral hygiene <input type="checkbox"/> Calculus <input type="checkbox"/> Gingivitis <input type="checkbox"/> Periodontitis <input type="checkbox"/> Dental malocclusion <input type="checkbox"/> Abnormal Oral Mucosa <input type="checkbox"/> Other: _____															
Dentition status: C-cavity; X-missing; Δ- filled; ψ- impacted tooth; Sp.- supernumerary tooth																	
Upper Right	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Upper left
Lower Right	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Lower Left
Summary <input type="checkbox"/> Normal										Stamp of hospital/clinic where examination was done							
<input type="checkbox"/> Requires a consultation with a: _____																	
<input type="checkbox"/> Other: _____																	
Laboratory Tests		1 st test	Result		Laboratory Tests		1 st test	Result									
			Abnormal	Follow up				Abnormal	Follow up								
Urinalysis	Protein (+) (-)				Blood lipid	Triglyceride (mg/dl)											
	Sugar (+) (-)					Total cholesterol (mg/dl)											
	O.B. (+) (-)					Low-density lipoprotein											
	pH					High-density lipoprotein											
Blood test	Fasting blood glucose				Renal function	Creatinine (mg/dl)											
	Hb (g/dl)					UA (mg/dl)											
	WBC (10 ³ /μL)					BUN (mg/dl) ※											
	RBC (10 ⁶ /μL)				Liver function	SGOT (U/L)											
	Platelet count (10 ³ /μL)					SGPT (U/L)											
	MCV (fl)				Hepatitis B	HbsAg											
Hct (%)※				HbsAb													
■ Fasting for at least 6-8 hours on the day of inspection (you can drink a small amount of plain water).																	
Chest X-ray	Date of X-ray	Result: <input type="checkbox"/> No obvious abnormality <input type="checkbox"/> R/O TB <input type="checkbox"/> TB-related Calcification <input type="checkbox"/> Abnormal thorax <input type="checkbox"/> Pleura cavity edema <input type="checkbox"/> Scoliosis <input type="checkbox"/> Cardiomegaly <input type="checkbox"/> Bronchiectasis <input type="checkbox"/> Other: _____						Further treatment, date, and comment:									
Other tests	Item	Date	Checked by	Result	Referred for follow-up, comment:												
Summary	Summary of health examination results, for follow-up or treatment, and case management outline																
The information contained herein is the exclusive property of NCHU and shall not be distributed, reproduced, or disclosed in whole or in part without prior written permission of NCHU.																	