

# 國立臺南護理專科學校學生健康資料卡(自填)

學號

學生基本資料	入學日期	年 月	班級	<input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修部 <input type="checkbox"/> 轉學生	<input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 二專	<input type="checkbox"/> 護理科 <input type="checkbox"/> 化妝品應用科 <input type="checkbox"/> 老人服務事業科	一年班	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																					
	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 (1吋)															

健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病(續填個人疾病史之健康處理狀況)															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：_____																
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 _____ (續填個人疾病史之健康處理狀況)																
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"/> ①有時吃，_____天 <input type="checkbox"/> ②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"/> ① 1 天 <input type="checkbox"/> ② 2 天 <input type="checkbox"/> ③ 3 天 <input type="checkbox"/> ④ 4 天 <input type="checkbox"/> ⑤ 5 天 <input type="checkbox"/> ⑥ 6 天 <input type="checkbox"/> ⑦ 7 天															
	4. 過去一個月內，你吸菸/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有時吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸品 <input type="checkbox"/> b電子菸 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ③每天吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸品 <input type="checkbox"/> b電子菸 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ④已戒除															
	5. 過去一個月內，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"/> a2 杯以上， <input type="checkbox"/> b1 杯， <input type="checkbox"/> c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. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？ <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"/> ①有時 <input type="checkbox"/> ②時常															
	8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ①有時 <input type="checkbox"/> ②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，你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"/> ① 1 次 <input type="checkbox"/> ② 2 次 <input type="checkbox"/> ③ 3 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	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															
	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															
	※個人疾病史之健康處理狀況(無則免填) 1. 疾病名稱：_____ 首次發生時間：_____ 上次出現症狀時間：_____ 上次回診日期：_____ 就診/追蹤醫院：_____ 目前服用/使用藥物：_____ 2. 其他健康問題或需協助之健康需求(請敘述)：_____															

## 健康檢查紀錄表（由健檢單位填寫）

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	<input type="checkbox"/> 腰圍	公分			
血壓：	/	mmHg	脈搏：	次/分	※			
視力檢查	裸視：右眼	左眼	矯正視力：右眼	左眼				
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： <input type="checkbox"/> 耳膜破損△ <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大△ <input type="checkbox"/> 耳聾堵塞△ <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"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他_____							
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未檢查 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <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_____							
口腔篩檢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 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							
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	追蹤
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)				血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)		
	尿糖 (+)(-)					三酸甘油酯 (mg/dl)		
	潛血 (+)(-)					高密度膽固醇(mg/dl)		
	酸鹼值					低密度膽固醇(mg/dl)		
血液常規檢查	白血球 (10 <sup>3</sup> /μL)				腎功能檢查	血尿素氮 (mg/dl)		
	紅血球 (10 <sup>6</sup> /μL)					肌酸酐 (mg/dl)		
	血小板 (10 <sup>3</sup> /μL)					尿酸 (mg/dl)		
	血色素 (g/dl)				肝功能檢查	SGOT (U/L)		
	血球容積比 Hct (%)					SGPT (U/L)		
	平均血球容積 MCV (fl)				血清免疫學	B 型肝炎表面抗原 HBsAg		
平均紅血球血紅素量 MCH				B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs				
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"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <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							

△：學生健康檢查實施辦法中視需要而辦理之項目

※：學校自選項目