

大學部日間 進學班 轉學生 復學生 外籍生、交換生 僑生、陸生 碩士 博士 學生自行填寫
※此頁如在本校 校內做健檢, 請先上網 <https://physical.com.tw/survey/sco.php> 填寫

淡江大學 學生健康資料卡

										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:													
	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							
個人疾病史: 勾選本人曾患過的疾病														
健康基本資料	<input type="checkbox"/> 1.無		<input type="checkbox"/> 6.腎臟病		<input type="checkbox"/> 11.關節炎		<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱: _____							
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核		<input type="checkbox"/> 7.癲癇		<input type="checkbox"/> 12.糖尿病		<input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱: _____							
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病		<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡		<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病: _____		<input type="checkbox"/> 18.其他: _____							
	<input type="checkbox"/> 4.肝炎		<input type="checkbox"/> 9.血友病		<input type="checkbox"/> 14.癌症: _____									
	<input type="checkbox"/> 5.氣喘		<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症		<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血: _____									
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: _____														
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"/> ②有時吃, 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"/> ①0天 <input type="checkbox"/> ②1天 <input type="checkbox"/> ③2天 <input type="checkbox"/> ④3天 <input type="checkbox"/> ⑤4天 <input type="checkbox"/> ⑥5天 <input type="checkbox"/> ⑦6天 <input type="checkbox"/> ⑧7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已戒除 <input type="checkbox"/> ③有時吸菸(可複選: <input type="checkbox"/> a傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ④每天吸菸(可複選: <input type="checkbox"/> a傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等)。													
	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"/> 2杯以上、 <input type="checkbox"/> 1杯、 <input type="checkbox"/> 不到1杯) <input type="checkbox"/> 已戒除, 勾選「每天喝酒」者, 需進一步選擇每天喝酒杯數, 1杯的定義為啤酒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"/> 已戒除													
	7. 常覺得憂鬱嗎? <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, 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"/> ②1次 <input type="checkbox"/> ③2次 <input type="checkbox"/> ④3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	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													
目前有哪些健康問題? 請敘述: <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有, 是否需學校協助: <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是														
本資料為衛保組做為健康檢查業務之用, 本人已詳細閱讀並同意衛保組個資使用目的及範圍內收集、使用及處理本人所提供之相關資料。詳細內容(淡江大學隱私聲明暨個人資料)。詳見淡江大學網頁。 立書人簽名(未滿18歲由代理人簽名): _____ 未完成入學健檢者, 將會造成您在校期間健康方面相關福利及權利之損失, 如未來造成校園公共衛生問題受到處分, 請自行承擔。														

科系		學號		姓名				
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"/> 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"/> 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	<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 <input type="checkbox"/> 其他建議：_____			科醫師診治	承辦檢查醫院簽章			
實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果		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 總膽固醇 (mg/dl)			
	尿糖 (+)(-)					腎功能 檢查	肌酸酐 (mg/dl)	
	潛血 (+)(-)						尿酸 (mg/dl)	
	酸鹼值					血尿素氮 (mg/dl)※		
血液常規檢查	血色素 (g/dl)				肝功能 檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)		
	白血球 (10 ³ /μL)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)		
	紅血球 (10 ⁶ /μL)				血清 免疫學	B型肝炎表面抗原△		
	血小板 (10 ³ /μL)					B型肝炎表面抗體△		
	平均血球容積 MCV(fl)				其他			
	血球容積比 Hct (%)※							
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							

※ 同學請注意：檢查當日可少量進食與飲水，以免飢餓過度造成身體不適

△：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 (ASFX-Q03-006-FM001) 保存年限：7年