

學 號	身分證字號			照片黏貼處 (照片背後請填寫 班級、學號、姓名)			
姓 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年			月	日
系所班級	血 型	<input type="checkbox"/> A 型 <input type="checkbox"/> B 型 <input type="checkbox"/> O 型 <input type="checkbox"/> AB 型					
電 話	(手機)	(家)					
身 份 別	<input type="checkbox"/> 一般生 (本國籍) <input type="checkbox"/> 原住民族學生 (本國籍) <input type="checkbox"/> 外籍生_____國家 <input type="checkbox"/> 僑生_____國家 <input type="checkbox"/> 港澳生 <input type="checkbox"/> 中國大陸						
戶籍地址							
現住地址	<input type="checkbox"/> 同上						
緊急 聯絡人	姓	名	關係	聯絡電話	行動電話		

1、請勾選個人疾病史：

1.無 2.糖尿病 3.關節炎 4.腎臟病 5.心臟病
6.肝炎 7.氣喘(三年內曾發生過) 8.癲癇 9.紅斑性狼瘡 10.血友病
11.海洋性貧血 12.蠶豆症 13.肺結核 14.癌症
15.心理或精神疾病：_____ 16.過敏，過敏源：_____
17.重大手術，名稱：_____, 日期_____ 18.代謝症候群 19.其他_____

◎有疾病史者，目前是否仍需就醫：
仍需就醫(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。)
無需就醫，已痊癒。

二、領有重大傷病卡： 無 有，類別_____

三、是否為身心障礙學生： 否 是
 領有身心障礙手冊：無 有，類別_____，等級：輕度中度重度極重度

四、是否長期服藥： 無 有，藥名：_____

◎家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____

※ 請勾選最合適的選項：

生活型態調查

1. 過去 7 天內 (不含假日)，睡眠習慣： 每日睡足 7 小時
 不足 7 小時 時常失眠

2. 過去 7 天內 (不含假日)，早餐習慣： 都不吃
 有時吃，_____天 每天吃，幾點吃？_____點

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： 有 沒有

4. 過去一個月內，吸菸行為： 不吸菸 時常吸菸
 每天吸菸，_____支/天 已戒除

5. 過去一個月內，喝酒行為： 不喝酒 時常喝酒
 每天喝酒，_____杯/天 已戒除
 (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，嚼檳榔： 不嚼檳榔 時常嚼檳榔
 每天嚼檳榔，_____粒/天 已戒除

7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ 沒有 很少 時常

8. 常覺得胸悶嗎？ 沒有 很少 時常

9. 常覺得胃痛嗎？ 沒有 很少 時常

10. 常覺得頭痛嗎？ 沒有 很少 時常

11. 月經情況 (女生回答)
 (1) 初次月經 無 有，初經年齡：_____歲
 (2) 月經週期？ ≤20 天 21-40 天 ≥41 天 不規律 (差異 7 天以上)
 (3) 有無經痛現象？ 沒有 輕微 嚴重

12. 排便習慣：過去 7 天內，多久排便一次？ 每天至少一次 兩天 三天 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？ 每天少於 1 小時 每天約 1-2 小時 每天約 2-4 小時 每天約 4-5 小時 每天約 5 小時或以上

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？ 極好的 很好 好 普通 不好
 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？ 極好的 很好 好 普通 不好
 ※目前有哪些健康問題？請敘述：_____

1. 您是否同意衛生保健組於符合相關法令規範之範圍內，得以蒐集、處理及利用健康檢查資料，由校方以電子及紙本方式建立資料庫，進行資料之匯整及分析管理，並依據健康檢查結果，執行後續追蹤輔導工作及進行學生健康管理。 同意 不同意

2. 您是否同意衛生保健組在尊重個人隱私權的前提下，將體檢結果依輔導、醫療之需要轉介相關單位協助追蹤輔導與關懷。 同意 不同意

立同意書人：_____ (未滿 20 歲請由法定代理人簽名) 日期：_____年_____月_____日

身體健康檢查紀錄表

(此面由醫院填寫)

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 腰圍: _____ cm; BMI: _____ kg/m ²																																																																												
	血 壓	____/____ mmHg ; 脈搏: _____ 次/分																																																																												
	視 力	裸 視	右: _____							矯 正	右: _____																																																																			
		視 視	左: _____							正 正	左: _____																																																																			
	辨 色 力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____																																																																												
聽 力	右: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____																																																																													
	左: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 _____																																																																													
口 腔 檢 查	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">右</td> <td colspan="8" style="text-align: center;">左</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> </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> </tr> <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> </tr> </table>														右								左								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																
	右								左																																																																					
	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																																																														
空白=無異狀; C=齶齒; X=缺牙; / =待拔牙; ψ=阻生牙; △=已矯治; Sp=贅生牙 <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 _____																																																																														
理 學 檢 查	頭 頸 部	<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 _____																																																																												
	耳 鼻 喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎, 如:耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 盯聾栓塞 <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(心律不整、心雜音、呼吸聲異常) <input type="checkbox"/> 胸廓異常																																																																												
	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"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																												
胸 部 X 光	<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 _____																																																																													
實驗室檢查項目		中文說明	檢查結果	實驗室檢查項目		中文說明	檢查結果																																																																							
血液常規	RBC	紅血球		尿液檢查	PH	酸鹼值																																																																								
	WBC	白血球			Glucose	尿糖																																																																								
	Hb	血色素			Protein	尿蛋白																																																																								
	Plt	血小板			OB	尿潛血																																																																								
	MCV	平均血球容積		腎功能檢查	BUN	尿素氮																																																																								
	HCT	血球容積比			CRE	肌酸酐																																																																								
肝功能檢查	SGOT	麩草酸轉氨酶		血脂肪	UA	尿酸																																																																								
	SGPT	丙胺酸轉氨酶			CHOL	總膽固醇																																																																								
總評及建議				醫師簽章																																																																										