

班 級	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	生日	西元	年 月 日	
學 號	血 型		<input type="checkbox"/> A 型	<input type="checkbox"/> B 型 <input type="checkbox"/> O 型 <input type="checkbox"/> AB 型	
電 話	(學生本人行動電話)				
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	姓	名	關 係	電 話(家)/(公)	行 動 電 話

健康基本資料

一、個人疾病史：勾選曾患過的疾病

1. 無 2. 糖尿病 3. 關節炎 4. 腎臟病 5. 心臟病
6. 肝炎 7. 氣喘 8. 癲癇 9. 紅斑性狼瘡 10. 血友病
11. 海洋性貧血，重型中型輕型 12. 蠶豆症 13. 肺結核 14. 癌症
15. 心理或精神疾病：_____ 16. 過敏，過敏物質名稱：_____
17. 重大手術名稱：_____、日期_____ 18. 代謝症候群 19. 其他_____

*特殊疾病現況或應注意事項：無 有(請描述)：_____

*是否長期服藥：無 有，藥名：_____

*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。

高度近視：目前左右任一眼近視大於500度？無 有 不知道

二、領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡：無 有，類別_____

三、領有身心障礙手冊：無 有，類別_____，等級：輕度中度重度極重度

四、家族疾病史：不知道 無 有，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：

- 過去7天內(不含假日)，睡眠習慣：①每日睡足7小時②不足7小時 ③時常失眠
- 過去7天內(不含假日)，早餐習慣：①都不吃②有時吃，_____天 ③每天吃(9點前吃：是否；9點後吃：是否)
- 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？①0天②1天 ③2天④3天⑤4天⑥5天⑦6天⑧7天
- 過去一個月內，你吸菸/煙(包括傳統菸品、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形？①不吸菸 ②已戒除③有時吸菸(可複選：④傳統菸品、⑤電子煙、⑥加熱式菸品等)④每天吸菸(可複選：④傳統菸品、⑤電子煙、⑥加熱式菸品等)。
- 過去一個月內，你喝酒情形？①不喝酒 ②時常喝酒 ③每天喝酒(2杯以上、1杯、不到1杯)④已戒除。勾選「每天喝酒」者，需進一步選擇每天喝酒杯數，1杯的定義為啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml。
- 過去一個月內，你嚼檳榔情形：①不嚼檳榔 ②有時嚼檳榔③每天嚼檳榔④已戒除
- 常覺得憂鬱嗎？①沒有②有時③時常
- 常覺得焦慮嗎？①沒有②有時③時常
- 過去7天內，你多久排便一次？①每天至少一次②兩天③三天④四天以上
- 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？①不到2小時②約2-4小時③約4小時以上，_____小時
- 你通常一天刷牙幾次？①0次②1次 ③2次④3次以上
- 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？①每半年一次②每年一次③一年以上④從來沒有
- 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？①沒有②輕微③嚴重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？①非常好②好③一般④不好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？①非常好②好③一般④不好⑤非常不好

※目前有哪些健康問題？無 有，請敘述：_____

※是否需學校協助：否 是，請敘述：_____

- 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
- 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18歲請由法定代理人簽名) 日期：西元_____年_____月_____日

身體健康檢查紀錄表

(此面由醫療院所填寫)

檢查項目	檢查日期：西元_____年_____月_____日		檢查醫事人員簽章
體格	身高：_____cm；體重：_____kg 腰圍：_____cm；BMI：_____kg/m ²		
血壓	_____ mmHg；脈搏：_____次/分		
視力檢查	裸視	右：_____ 左：_____	矯正 右：_____ 左：_____
	眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其他_____	
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <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_____		
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_____		
口腔	未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <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"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 其他_____		

實驗室檢查項目		檢查結果	實驗室檢查項目		檢查結果
血液常規	紅血球 (10 ⁶ /μL)		尿液	尿蛋白(+)(-)	
	白血球 (10 ³ /μL)			尿糖(+)(-)	
	血色素(g/dL)			潛血(+)(-)	
	血小板 (10 ³ /μL)			酸鹼值	
	平均血球容積 MCV(fl)		腎功能	肌酸酐 (mg/dL)	
SGOT (AST) (U/L)		尿酸 (mg/dL)			
肝功能	SGPT (ALT) (U/L)		血脂肪	總膽固醇 (mg/dL)	
血糖	空腹血糖(mg/dL)			三酸甘油酯(mg/dL)	
				高密度脂蛋白(mg/dL)	
總評及建議			醫師簽章		