

國立臺北藝術大學 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					姓名											
	出生日期	年 月 日	血型		性別	☐ 男 ☐ 女	身分證字號												
	戶籍地址							學生本人行動電話		相片黏貼處									
	現居地址	☐ 同上 ☐ 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													

●我與家長(未滿18歲需家長同意)已詳讀本次新生體檢公告，知悉相關措施及注意事項後，並同意參加校內體檢；未滿18歲者，體檢報告將透過此電話發送簡訊通知提供家長自行至網路查詢，家長行動電話：_____

●本次體檢報告除發放書面外，另同意可透過網路自行查詢。
☐同意 ☐不同意

●(女性請填寫)本人確定無懷孕同意接受X光檢查。☐同意 ☐不同意

簽名：_____

健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病
	☐ 1.無 ☐ 6.腎臟病 ☐ 11.關節炎 ☐ 16.重大手術名稱：_____
	☐ 2.肺結核 ☐ 7.癲癇 ☐ 12.糖尿病 ☐ 17.過敏物質名稱：_____
	☐ 3.心臟病 ☐ 8.紅斑性狼瘡 ☐ 13.心理或精神疾病：_____ ☐ 18.其他：_____
	☐ 4.肝炎 ☐ 9.血友病 ☐ 14.癌症：_____
☐ 5.氣喘 ☐ 10.蠶豆症 ☐ 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？ ☐ 0.無 ☐ 1.有 ☐ 2.不知道	
領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： ☐ 0.無 ☐ 1.有，類別：	
領有身心障礙手冊： ☐ 0.無 ☐ 1.有，類別：_____，等級： ☐ 1.輕度 ☐ 2.中度 ☐ 3.重度 ☐ 4.極重度	
特殊疾病現況或應注意事項： ☐ 0.無 ☐ 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： ☐ 0.無 ☐ 1.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____， ☐ 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： ☐ ①每日睡足7小時 ☐ ②不足7小時 ☐ ③時常失眠
	2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣： ☐ ①都不吃 ☐ ②有時吃，吃_____天 ☐ ③每天吃：(9點前吃： ☐ 是 ☐ 否；9點後吃： ☐ 是 ☐ 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？ ☐ ①0天 ☐ ②1天 ☐ ③2天 ☐ ④3天 ☐ ⑤4天 ☐ ⑥5天 ☐ ⑦6天 ☐ 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？ ☐ ①不吸菸 ☐ ②有時吸菸(可複選： ☐ a傳統菸品、 ☐ b電子煙、 ☐ c加熱式菸品等) ☐ ③每天吸菸(可複選： ☐ a傳統菸品、 ☐ b電子煙、 ☐ c加熱式菸品等) ☐ ④已戒除。
	5. 過去一個月內，你喝酒情形？ ☐ ①不喝酒 ☐ ②有時喝酒 ☐ ③每天喝酒(☐ a2杯以上、 ☐ b1杯、 ☐ c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330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml。
	6. 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
	7. 常覺得憂鬱嗎？ ☐ ①沒有 ☐ ②有時 ☐ ③時常
	8. 常覺得焦慮嗎？ ☐ ①沒有 ☐ ②有時 ☐ ③時常
	9. 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
	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？ ☐ ①不到2小時 ☐ ②約2-4小時 ☐ ③約4小時以上，_____小時
	11. 你通常一天刷牙幾次？ ☐ ①0次 ☐ ②1次 ☐ ③2次 ☐ 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？ ☐ ①每半年一次 ☐ ②每年一次 ☐ ③一年以上 ☐ ④從來沒有
	13. 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	1. 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
	2. 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？請敘述： ☐ 0.無 ☐ 1.有，是否需學校協助： ☐ 0.否 ☐ 1.是

			系(所) 年 班		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： cm			體重： kg			體脂肪： %		腰圍 cm		
血壓：① / mmHg			脈搏： 次/min			② / mmHg		脈搏： 次/min		
視力檢查		裸視：左眼 右眼 矯正視力：左眼 右眼								
辨色力		☐ 無明顯異常 ☐ 辨色力異常 ☐ 其他								
聽力		☐ 無明顯異常 ☐ 左耳聽力弱 ☐ 右耳聽力弱 ☐ 其他								
耳鼻喉		☐ 無明顯異常 ☐ 疑似中耳炎，如：耳膜破損 ☐ 扁桃腺腫大 ☐ 耵聍栓塞 ☐ 其他								
頭頸		☐ 無明顯異常 ☐ 斜頸 ☐ 異常腫塊 ☐ 其他								
胸腔及外觀		☐ 無明顯異常 ☐ 心肺疾病 ☐ 胸廓異常 ☐ 其他								
腹部		☐ 無明顯異常 ☐ 異常腫大 ☐ 其他								
脊柱四肢		☐ 無明顯異常 ☐ 脊柱側彎 ☐ 肢體畸形 ☐ 蹲踞困難 ☐ 其他								
心臟		☐ 無明顯異常 ☐ 心律不整 ☐ 心雜音 ☐ 其他								
皮膚		☐ 無明顯異常 ☐ 癬 ☐ 疥瘡 ☐ 疣 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 溼疹 ☐ 其他								
口腔		☐ 無明顯異常 未治療齲齒： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 缺牙（因齲齒拔除）： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 已矯治牙齒： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 牙齦炎： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 牙結石： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 ☐ 口腔衛生不良 ☐ 咬合不正（ ☐ 矯治中） ☐ 其他								
總評建議		☐ 無明顯異常 ☐ 有異狀，需接受 科醫師診治 ☐ 其他建議：							承辦檢查醫療院所簽章	
實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果 異常註記 追蹤		實驗室檢查項目			初查結果	檢查結果 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	CREATININE（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	SGOT(AST)（U/L）			
	白血球（10 ³ /μL）						SGPT(ALT)（U/L）			
	紅血球（10 ⁶ /μL）					血清免疫學	HBsAg			
	血小板（10 ³ /μL）						Anti-HBs			
	平均血球容積比（fl）					其他				
	血球容積比 HcT（%）									
胸部X光檢查	檢查日期	檢查結果： ☐ 無明顯異常 ☐ 疑似肺結核病徵 ☐ 肺結核鈣化 ☐ 胸廓異常 ☐ 肋膜腔積水 ☐ 脊柱側彎 ☐ 心臟肥大 ☐ 支氣管擴張 ☐ 肺浸潤 ☐ 肺結節 ☐ 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									