

國立臺北教育大學 學生健康資料卡 (中文)
National Taipei University of Education Student Health Examination Form

學生基本資料	學 號		居留證或護照號碼		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	姓名		出生日期：____(yy)/____(mm)____/(dd)		國籍		
	E-mail:				行動電話:		
	系別系所		系(所) 1. <input type="checkbox"/> 學士班 Undergraduate 2. <input type="checkbox"/> 研究所 Graduate 3. <input type="checkbox"/> 國際生 International student 4. <input type="checkbox"/> 僑、陸生 Overseas student			相片黏貼處	
	連絡地址						
緊急聯絡人		姓名		關係			
		電話		行動電話			

健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病 <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____				特殊疾病現況或應注意事項 <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：_____					
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別 _____					
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別 _____，等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度					
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					
家族疾病史：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： 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，____天 <input type="checkbox"/> ③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： <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有 4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②時常吸菸 <input type="checkbox"/> ③每天吸菸，____支/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②時常喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒，____杯/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 (1 杯的定義：啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45ml) 6. 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔，____粒/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除		7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 11. 月經情況 (女生回答) (1) 初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，初經年齡：____歲 (2) 月經週期？ <input type="checkbox"/> ①≤20 天 <input type="checkbox"/> ②21-40 天 <input type="checkbox"/> ③≥41 天 <input type="checkbox"/> ④不規律 (差異 7 天以上) (3) 有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重 12. 排便習慣：過去 7 天內，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 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？ <input type="checkbox"/> ①每天少於 1 小時 <input type="checkbox"/> ②每天約 1-2 小時 <input type="checkbox"/> ③每天約 2-4 小時 <input type="checkbox"/> ④每天約 4-5 小時 <input type="checkbox"/> ⑤每天約 5 小時或以上	
	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極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤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極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤不好 ※ 目前有哪些健康問題？請敘述：			

健康檢查紀錄表(由健檢單位填寫)

學號		姓名		科別系所					
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		腰圍：_____公分		血壓：_____ / _____ mmHg		脈搏：_____ 次/分			
視力檢查 <input type="checkbox"/> 裸視：左眼_____ 右眼_____ <input type="checkbox"/> 矯正：左眼_____ 右眼_____		辨色力檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 色弱 <input type="checkbox"/> 異常		聽力檢測： 右耳： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 左耳： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 其他： <input type="checkbox"/> 聽障					
其他： <input type="checkbox"/> 視障或高度近視		其他： <input type="checkbox"/> 視障							
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"/> 疑似中耳炎，如：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_____							
胸部	<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_____							
心臟	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 心雜音 <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"/> 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"/> 溼疹 <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				異常註記	追蹤
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)				腎功能檢查	肌酸酐 Creatinin (mg/dl)			
	尿糖 (+)(-)					尿酸 UA (mg/dl)			
	潛血 (+)(-)					血尿素氮 BUN (mg/dl)			
	酸鹼值				血清免疫學	B 型肝炎表面抗原(HbsAg)			
血液常規檢查	血色素 HB(g/dl)					B 型肝炎表面抗體(HbsAb)			
	白血球 WBC (10 ³ /μL)				血脂肪 (<input type="checkbox"/> 空腹 <input type="checkbox"/> 非空腹)	總膽固醇 Cholesterol (mg/dl)			
	紅血球 RBC (10 ⁶ /μL)					三酸甘油酯(TG) (mg/dl)			
	血小板 PLT (10 ³ /μL)					高密度膽固醇(HDL) (mg/dl)			
	平均血球容積 MCV(fl)					低密度膽固醇(LDL) (mg/dl)			
血球容積比 Hct (%)				血糖(BS) (mg/dl)					
肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT(U/L)				其他				
	麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT(U/L)								
胸部 X 光檢查	X 光號碼：	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"/> 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								

國立臺北教育大學 學生健康資料卡 (English)
National Taipei University of Education Student Health Examination Form

Contact Information	Student No.		ARC or Passport No.:		Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			
	Name		Date of birth : ____ (yy)/ ____ (mm)/ ____ (dd)		Nationality			
	E-mail:				cell phone no.:			
	Department		Department 1. <input type="checkbox"/> Undergraduate 2. <input type="checkbox"/> Graduate 3. <input type="checkbox"/> International student 4. <input type="checkbox"/> Overseas student			Attach photo here		
	Address							
	Emergency contact person		Name		Relationship			
		Phone no		cell phone no				
Health Information	Medical History				Details of particular item/s or other matters requiring attention			
	Please tick any of the following ailments you have had (<i>please add details for 13. to 18.</i>):				<input type="checkbox"/> Details given in the attached file.			
	<input type="checkbox"/> 1. None	<input type="checkbox"/> 7. Epilepsy	<input type="checkbox"/> 13. Psychological or mental illness: _____					
	<input type="checkbox"/> 2. Tuberculosis	<input type="checkbox"/> 8. SLE (Lupus)	<input type="checkbox"/> 14. Cancer: _____					
	<input type="checkbox"/> 3. Heart disease	<input type="checkbox"/> 9. Hemophilia	<input type="checkbox"/> 15. Thalassemia: _____					
<input type="checkbox"/> 4. Hepatitis	<input type="checkbox"/> 10. G6PD deficiency	<input type="checkbox"/> 16. Major surgery: _____						
<input type="checkbox"/> 5. Asthma	<input type="checkbox"/> 11. Arthritis	<input type="checkbox"/> 17. Allergy to: _____						
<input type="checkbox"/> 6. Kidney disease	<input type="checkbox"/> 12. Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> 18. Other: _____						
<input type="checkbox"/> Holder of Catastrophic Illness Certificate - Category: _____								
<input type="checkbox"/> Holder of Physical/Mental Disability Manual - Category: _____								
Level: <input type="checkbox"/> Very serious <input type="checkbox"/> Serious <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Mild								
If you are being treated for or recovering from any of the above or some other disease, please inform the medical personnel and also provide your medical records for the healthcare professionals' references.								
Family medical history: relative with hereditary disease _____ Name of disease _____								
Lifestyle	※ Tick the box that best describes your lifestyle: 1. How much did you sleep during the past 7 days (<i>not including weekends, or days off</i>)?: <input type="checkbox"/> ① ≥ 7 hours a day <input type="checkbox"/> ② < 7 hours a day <input type="checkbox"/> ③ I suffer from insomnia				7. Do you feel worried or depressed? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Seldom <input type="checkbox"/> ③ Often			
	2. How many days did you eat breakfast during the past 7 days (<i>not including weekends, or days off</i>)?: <input type="checkbox"/> ① Never <input type="checkbox"/> ② Seldom: ____ days <input type="checkbox"/> ③ Every day at (time)? _____				8. Do you regularly feel chest discomfort? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Seldom <input type="checkbox"/> ③ Often			
	3. During the past month (<i>not including weekends, days off, or winter or summer vacation</i>), have you exercised three times a week, for at least 30 minutes each time, and achieving a heartbeat rate of 130 bpm each time?: <input type="checkbox"/> ① Yes <input type="checkbox"/> ② No				9. Do you regularly feel stomach discomfort? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Seldom <input type="checkbox"/> ③ Often			
	4. During the past month, did you smoke?: <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Often <input type="checkbox"/> ③ Every day: ____ # cigarettes per day <input type="checkbox"/> ④ Quit				10. Do you regularly have headaches? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Seldom <input type="checkbox"/> ③ Often			
	5. During the past month, did you drink alcohol? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Often <input type="checkbox"/> ③ Every day: ____ # glasses per day <input type="checkbox"/> ④ Quit (<i>Note for ③: please say how many glasses, 'one glass' means: beer 330 ml, wine 120 ml, liquor 45 ml</i>)				11. Menstrual history (<i>women only</i>): (1) Your age at first menstruation: <input type="checkbox"/> ① Haven't begun menstruation yet <input type="checkbox"/> ② Age at first period: _____ (2) Length of menstrual cycle: <input type="checkbox"/> ① ≤ 20 days <input type="checkbox"/> ② 21-40 days <input type="checkbox"/> ③ ≥ 41 days <input type="checkbox"/> ④ irregular (<i>differing in length by more than 7 days</i>) (3) Do you have painful menstrual periods? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Light pain <input type="checkbox"/> ③ Severe pain			
	6. During the past month, did you chew betel quid? <input type="checkbox"/> ① No <input type="checkbox"/> ② Often <input type="checkbox"/> ③ Every day, ____ # quids per day <input type="checkbox"/> ④ Quit				12. Bowel habits: During the past 7 days, how often did you defecate? <input type="checkbox"/> ① At least once every day <input type="checkbox"/> ② Once in 2 days <input type="checkbox"/> ③ Once in 3 days <input type="checkbox"/> ④ Once in 4 or more days			
					13. Internet use: During the past seven days (<i>not including weekends, or days off</i>), how many hours did you use the internet every day, apart from when doing homework or in class? <input type="checkbox"/> ① ≤ 1 hour <input type="checkbox"/> ② 1-2 (less than) hours <input type="checkbox"/> ③ 2-4 (less than) hours <input type="checkbox"/> ④ 4-5 (less than) hours <input type="checkbox"/> ⑤ ≥ 5 hours			
	3. In general, during the past month, would you say your health is <input type="checkbox"/> ① Excellent <input type="checkbox"/> ② Very good <input type="checkbox"/> ③ Good <input type="checkbox"/> ④ Fair <input type="checkbox"/> ⑤ Poor							
	4. In general, during the past month, would you say your mental health is <input type="checkbox"/> ① Excellent <input type="checkbox"/> ② Very good <input type="checkbox"/> ③ Good <input type="checkbox"/> ④ Fair <input type="checkbox"/> ⑤ Poor							
	※ Do you currently have any health concerns? Please give details:							

Health Examination Record

Student Id No.		Name			Department				
Health Examination Record (to be completed by medical personnel)				Date: Year _____ Month _____ Day _____				Examiner's Signature	
Height: _____ cm Weight: _____ kg		<i>Optional</i> _____ cm		Blood Pressure: _____ / _____ mmHg		Pulse rate: _____ /min			
Vision <input type="checkbox"/> Naked eye : L _____ R _____ <input type="checkbox"/> Corrected : L _____ R _____ <input type="checkbox"/> Other:		Color Blindness: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Other: <input type="checkbox"/> visual disability		Hearing Test: R : <input type="checkbox"/> Normal, <input type="checkbox"/> Abnormal L : <input type="checkbox"/> Normal, <input type="checkbox"/> Abnormal Other : <input type="checkbox"/> impaired hearing					
Eyes	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Color blindness <input type="checkbox"/> Other: _____							
ENT	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Suspected otitis media (<i>further diagnosis required</i>), such as from a perforated ear drum <input type="checkbox"/> Swollen tonsils <input type="checkbox"/> Earwax embolism <input type="checkbox"/> Other: _____							
Head & Neck	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Wry neck (torticollis) <input type="checkbox"/> Abnormal mass <input type="checkbox"/> Other: _____							
Chest	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Cardiopulmonary disease <input type="checkbox"/> Abnormal thorax <input type="checkbox"/> Other: _____							
Cardiac	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Cardiac arrhythmia <input type="checkbox"/> Heart murmur <input type="checkbox"/> Other: _____							
Abdomen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormally swollen <input type="checkbox"/> Other: _____							
Spine & limbs	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Scoliosis <input type="checkbox"/> Limb deformity <input type="checkbox"/> Bowlegged (Difficulty squatting) <input type="checkbox"/> Other: _____							
Skin	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ringworm <input type="checkbox"/> Scabies <input type="checkbox"/> Wart <input type="checkbox"/> Atopic dermatitis <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Other: _____							
Summary		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Requires a consultation with a: _____ <input type="checkbox"/> Other: _____				Stamp of hospital/clinic where examination was done			
Laboratory Tests		1 st test	Result		Laboratory Tests		1 st test	Result	
			Abnormal	Follow up				Abnormal	Follow up
Urinalysis	Protein (+) (-)				Renal function	Creatinine (mg/dl)			
	Sugar (+) (-)					UA (mg/dl)			
	O.B. (+) (-)					BUN (mg/dl) ※			
	pH				Hepatitis B	HbsAg			
Hb (g/dl)				HbsAb					
Blood test	WBC (10 ³ /μL)				Blood Lipid	Cholesterol (mg/dl)			
	RBC (10 ⁶ /μL)					Triglyceride (mg/dl)			
	Platelet count (10 ³ /μL)				<input type="checkbox"/> Fasting	highdensity lipoprotein(HDL) (mg/dl)			
	MCV (fl)				<input type="checkbox"/> Non- fasting)	lowdensity lipoprotein(LDL) (mg/dl)			
	Hct (%)※					Blood sugar (BS) (mg/dl)			
Liver function	SGOT (U/L)				Other				
	SGPT (U/L)								
Chest X-ray	Date of X-ray	Result: <input type="checkbox"/> No obvious abnormality <input type="checkbox"/> R/O TB <input type="checkbox"/> TB-related Calcification <input type="checkbox"/> Abnormal thorax <input type="checkbox"/> Pleura cavity edema <input type="checkbox"/> Scoliosis <input type="checkbox"/> Cardiomegaly <input type="checkbox"/> Bronchiectasis <input type="checkbox"/> Other: _____						Further treatment, date, and comment:	
Other tests	Item	Date	Checked by	Result	Referred for follow-up, comment:				
Summary		Summary of health examination results, for follow-up or treatment, and case management outline							