

大專校院學生健康資料卡中文版

大專校院校名 _____ 學生健康資料卡

(教育部修訂版)

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 <input type="checkbox"/> 如右：					相片黏貼處 (由各校決定是否蒐集)				
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		學生本人 E-mail				
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"/> 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"/> ③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) <input type="checkbox"/> ④已戒除。										
	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"/> a2 杯以上、 <input type="checkbox"/> b1 杯、 <input type="checkbox"/> c不到 1 杯) <input type="checkbox"/> 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？ <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"/> ④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										