

# 亞洲大學

## 學生健康檢查資料卡 (自填)

學生基本資料	入學日期 _____ 級 _____ 班 _____ 1. 務必至新生專區(路徑:學校首頁左上角→新生專區→基本資料填寫→第五項健康基本資料填寫與列印), 完成後雙面列印。 2. 依據「學校衛生法」、「亞洲大學學生健康檢查及疾病防治要點」, 本校為輔導與照顧「罹患」特殊疾病學生, 過去病史資料將轉知教育部、衛生主管機關、 <b>班級導師、體育老師、軍訓教官、書院與住宿服務組、健康中心諮商輔導人員、資源教室輔導人員等</b> , 如因個人疾病會影響就學、住宿生活, 請學生務必自行主動告知 <b>班級導師、任課老師、書院與住宿服務組、健康中心諮商輔導人員、資源教室輔導人員等</b> , 以維護您就學期間之健康及安全。	109年起 不須張貼 照片   行動電話 _____																
	※個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. 無</td> <td><input type="checkbox"/> 7. 癲癇</td> <td><input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病 名稱: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. 肺結核</td> <td><input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡</td> <td><input type="checkbox"/> 14. 癌症 名稱: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. 心臟病 名稱: _____</td> <td><input type="checkbox"/> 9. 血友病</td> <td><input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 名稱: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. 肝炎 名稱: _____</td> <td><input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症</td> <td><input type="checkbox"/> 16. 重大手術 名稱: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. 氣喘</td> <td><input type="checkbox"/> 11. 關節炎</td> <td><input type="checkbox"/> 17. 過敏物質 名稱: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6. 腎臟病</td> <td><input type="checkbox"/> 12. 糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/> 18. 其他: _____</td> </tr> </table> 依據「學校衛生法」、「亞洲大學學生健康檢查及疾病防治要點」, 本校為輔導與照顧「罹患」特殊疾病學生, 過去病史資料將轉知教育部、衛生主管機關、 <b>班級導師、體育老師、軍訓教官、書院與住宿服務組、健康中心諮商輔導人員、資源教室輔導人員等</b> , 請學生也務必自行主動告知, 以維護您就學期間之健康及安全。 <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	<input type="checkbox"/> 1. 無	<input type="checkbox"/> 7. 癲癇	<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病 名稱: _____	<input type="checkbox"/> 2. 肺結核	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 14. 癌症 名稱: _____	<input type="checkbox"/> 3. 心臟病 名稱: _____	<input type="checkbox"/> 9. 血友病	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 名稱: _____	<input type="checkbox"/> 4. 肝炎 名稱: _____	<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"/> 1. 無	<input type="checkbox"/> 7. 癲癇	<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病 名稱: _____																
<input type="checkbox"/> 2. 肺結核	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 14. 癌症 名稱: _____																
<input type="checkbox"/> 3. 心臟病 名稱: _____	<input type="checkbox"/> 9. 血友病	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 名稱: _____																
<input type="checkbox"/> 4. 肝炎 名稱: _____	<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: _____																
健康基本資料	※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 45 ml) 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																	
生活型態	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"/> ② 21-40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 14. 如果目前你有抽菸, 是否有戒菸意願? <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有																	
自我健康評語	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: _____																	

## 健康檢查記錄表 (由健檢單位填寫)

科系班級/組別		姓名		學號		檢查日期	年	月	日										
身高：_____公分    體重：_____公斤    腰圍_____公分																			
血壓：_____ / _____ mmHg    脈搏：_____次/分																			
視力檢查 裸視：左眼_____ 右眼_____ 矯正視力：左眼_____ 右眼_____																			
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他_____																
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如： <input type="checkbox"/> 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"/> 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_____																
口腔	<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_____																
牙齒位置圖    檢查代碼    C-齲齒    X-缺牙    △-已矯治    ϕ-阻生牙    Sp.-贅生牙																			
右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上		
右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下		
實驗室檢查項目		檢查結果		實驗室檢查項目		檢查結果													
血液常規檢查	血色素 (g/dl)				腎功能檢查	血脂肪		總膽固醇 (mg/dl)											
	白血球 (10 <sup>3</sup> /μL)					肌酸酐 (mg/dl)													
	紅血球 (10 <sup>6</sup> /μL)					尿酸 (mg/dl)													
	血小板 (10 <sup>3</sup> /μL)					血尿素氮 (mg/dl)													
	平均血球容積 MCV (fl)																		
血清免疫學	B型肝炎表面抗原				肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 GOT (U/L)													
	B型肝炎表面抗體					麩胺酸丙酮酸轉胺酶 GPT (U/L)													
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)				尿液檢查	潛血 (+)(-)													
	尿糖 (+)(-)					酸鹼值													
胸部X光檢查	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_____																		
醫師總評建議	<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：_____										醫師簽章				承辦檢查醫院簽章				