

國立臺北科技大學學生健康資料卡

Taipei Tech Student Health Form

學號 Student ID No.		身分證字號 ID No. (Passport No.)		血型 Blood Type	
姓名 Name		☐ 男 Male	☐ 女 Female	出生日期 Date of Birth 年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
科別系所 Department		系 Department 班 Class			
		☐ 四年制 Undergraduate ☐ 日間部 ☐ 進修學院 ☐ 碩士班 Master program ☐ 進修部 ☐ 產碩專班 ☐ 博士班 Ph. D. program			
聯絡住址 Address				電話 Phone no.	
E-mail Address :				行動電話 Cell Phone no.	
緊急聯絡人 Emergency Contact person		姓名 Name		關係 Relationship	
		電話 Phone no.		行動電話 Cell Phone no.	
健康 基本 資料	※個人疾病史:勾選本人曾患過的疾病: Please check if you have medical history of: ☐ 1. 無 None ☐ 2. 肺結核 Tuberculosis ☐ 3. 心臟病 Heart disease ☐ 4. 肝炎 Hepatitis ☐ 5. 氣喘 Asthma(三年內氣喘發作過) (Yes. I got asthma within three years) ☐ 6. 腎臟病 Renal Disease ☐ 7. 癲癇 Epilepsy ☐ 8. 紅斑性狼瘡 SLE ☐ 9. 血友病 Hemophilia ☐ 10. 蠶豆症 G6PD deficiency ☐ 11. 關節炎 Arthritis ☐ 12. 糖尿病 Diabetes Melitus ☐ 13. 心理或精神疾病 Mental or psychological disease ☐ 14. 癌症 Cancer: ☐ 15. 海洋性貧血 Thalassemia: ☐ 16. 重大手術名稱 Major surgery: ☐ 17. 過敏物質名稱 Allergic to: ☐ 18. 其他 Anything else:				
	☐ 領有重大傷病證明卡, 類別 _____ ☐ 參加保險, 類別 ☐ 全民健保 ☐ 學生團體保險 ☐ 其他 ☐ Have major illness certificate, type _____ Insurance type: ☐ National Health Insurance ☐ Student Group Insurance ☐ Other				
	☐ 領有身心障礙手冊, 類別 _____ 等級: ☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度 ☐ Have physical disabilities handbook, type _____. Level: ☐ Extreme ☐ Severe ☐ Moderate ☐ Mild				
	若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中, 可提供就診病歷摘要(含疾病現況及應注意事項), 做為照護參考。 If you are presently suffering from any of the abovementioned conditions and are currently under treatment, related medical records. (including current status and medical alert notices) may be provided as reference.				
過去 一年 生活 回顧	您是否同意校方基於保護您健康的立場, 將視導師、體育室、學生輔導中心、資源教室對您體能安排及特殊輔導需求, 提供健康基本資料、自我評估及醫師聽診資料參考, Do you agree your school to manage your medical checkup information? ☐ 同意(Yes) ☐ 不同意(No)				
	體檢報告一律由網頁查詢, 本次檢查結果內容, 日間部大學及碩士生書面報告另郵寄給家長乙份。 Also it will be mailed to your parents or emergency contact person.				
	簽名(Sigh): _____				
過去 一年 生活 回顧	Choose the most appropriate answer applicable to you in the post one year : ※請勾選最適合的選項: Please check				
	1. 睡眠習慣 How many hours do you sleep a day? ☐ 每日睡足 7-8 小時 7-8 Hours or more. ☐ 不足 7-8 小時 Less than 7-8 hours. ☐ 時常失眠 I have insomnia				
	2. 早餐習慣 Do you have breakfast? ☐ 每天吃 Everyday ☐ 偶爾 Occasionally ☐ 不吃 No				
	3. 若以每週至少運動 3 次, 每次至少 30 分鐘為基準, 您做到了嗎? Do you exercise at least 3 times a week and at least 30 minutes each time? ☐ 有 Yes ☐ 沒有 No				
	4. 吸菸習慣 Do you smoke? ☐ 不吸菸 No ☐ 吸菸 Yes, 菸量約 _____ 支/天 (_____ Cigarettes/day),				
	5. 喝酒習慣 Do you drink alcohol? ☐ 不喝酒 No ☐ 偶爾喝 Occasionally ☐ 時常喝酒 Often, 酒量約 _____ 杯/天 (_____ Glasses/day)				
	6. 嚼食檳榔 Do you chew betel nuts? ☐ 不嚼食檳榔 No ☐ 嚼食檳榔 Yes, 量約 _____ 粒/天 (_____ /day.)				
	7. 常覺得焦慮、憂慮嗎? Do you feel anxious or depressed? ☐ 很少或沒有 Never or Seldom ☐ 偶爾 Occasionally ☐ 時常 Often				
	8. 你常覺得胸悶嗎? Do you feel suffocated? ☐ 很少或沒有 Never or Seldom ☐ 偶爾 Occasionally ☐ 時常 Often				
	9. 你常覺得胃痛嗎? Do you have stomachache? ☐ 很少或沒有 Never or Seldom ☐ 偶爾 Occasionally ☐ 時常 Often				
自我 評估	10. 你常覺得頭痛嗎? Do you have headache? ☐ 很少或沒有 Never or Seldom ☐ 偶爾 Occasionally ☐ 時常 Often				
	11. 月經史(女生回答) Menstrual period history (Female students only) (1) 初次月經年齡: _____ 歲 At what age did you have your first menstrual period ? _____ (2) 月經是否規律 Do you have regular period cycles? ☐ 是(間隔日期 _____ 天) Yes(Interval: _____ days) ☐ 否 No (3) 有無經痛現象 Do you suffer from painful menstrual cramps? ☐ 有 Yes ☐ 沒有 No ☐ 偶爾 Sometimes				
	12. 上床睡覺時間(以過去兩個月為基準) (What time do you go to bed in the past two months?): ☐ 10-12 時(10pm-12pm) ☐ 0-2 時(0am-2am) ☐ 2 時之後(after 2am)				
	13. 承上第 4 題若你有吸菸酒, 你同意接到戒菸衛生教育訊息嗎? Same as question 4, will you agree to accept the health information of quit smoking if you are smoking? ☐ 同意 Yes ☐ 不同意 No				
	※自我健康評估, 請勾選最合適的選項: Please choose the most appropriate answer applicable to your health.				
	1. 整體而言, 您覺得您的健康狀況與同年齡的人比較為何? How do you think of your health condition comparing with peers? ☐ 非常好 Very good ☐ 稍微好 Fairly good ☐ 沒有差別 Average ☐ 稍微差 Slightly worse ☐ 差 Worse				
	2. 整體而言, 您覺得您的心理健康狀況與同年齡的人比較為何? How do you think of your mental health condition comparing with peers? ☐ 非常好 Very good ☐ 稍微好 Fairly good ☐ 沒有差別 Average ☐ 稍微差 Slightly worse ☐ 差 Worse				
	3. 請詳述目前有哪些健康問題: Please describe your health related problems.				
	4. 您的健康狀況有需要協助您轉介體育適應班嗎? According your health situation, do you need helping to refer to Adapted Physical Education class. ☐ 是 Yes ☐ 否 No				

健康檢查紀錄表

Health Examination Record

學號 Student ID No.		姓名 Name		請貼 2吋 照片 一張									
科別系所 Department													
檢查日期 Inspection Date		年(Y) 月(M) 日(D)											
一 般 檢 查 General Exam													
身 高 Height	cm	體 重 Weight	kg										
血 壓 Blood Pressure	/ mmHg	腰 圍 Waist	cm										
視 力 Vision	裸視 Naked eye	右 R:	矯正 Corrected	右 R:									
		左 L:		左 L:									
辨色力 Color Blindness	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal _____												
聽 力 Hearing Test	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal _____												
口 腔 Oral Cavity	右 18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41 左 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38												
	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td>D</td> <td>M</td> <td>F</td> <td>T</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					D	M	F	T				
	D	M	F	T									
C=齲齒 Dental Cavities; X=缺牙 Anodontia; /=阻生牙 Hinder; ☐ =已矯正 Corrected ☐ 口腔衛生不良 Bad Oral Hygiene ☐ 牙結石 Dental Plaque ☐ 咬合不正 Malocclusion ☐ 牙周病 Periodontal Disease ☐ 其它 Other _____													
理 學 檢 查 Bio Exam													
頭頸部 Head&Neck	斜 頸 orticollish	☐ 無明顯異常 Normal ☐ 其它 Other _____											
	異常腫塊 Abnormal Mass	☐ 無明顯異常 Normal ☐ 其它 Other _____											
	甲 狀 腺 Thyroid Gland	☐ 無明顯異常 Normal ☐ 其它 Other _____											
胸 部 Chest	心 臟 Heart	☐ 心跳 Heart Rate _____次/分 Min ☐ 無明顯異常 Normal ☐ 心雜音 Heart Murmur ☐ 心律不整 Cardiac Arrhythmia ☐ 其它 Other _____											
	肺 部 Lung	☐ 無明顯異常 Normal ☐ 氣喘 Asthma ☐ 其它 Other _____											
腹 部 Abdomen	☐ 無明顯異常 Normal ☐ 肝脾腫大 Splenohepatomegaly ☐ 疝氣 Hernia ☐ 其他 other _____												
肌肉骨關節 Muscles/Bones/ Joints	☐ 無明顯異常 Normal ☐ 其它 Other _____												
皮 膚 Skin	☐ 無明顯異常 Normal ☐ 其它 Other _____												
其他Other	☐ 無明顯異常 Normal ☐ 其它 Other _____												
尿液四項 Urinalysis		肝炎肝功能 Hepatitis & Liver Function		血液八項檢查 Complete Blood Count									
尿蛋白 Protein		HBeAg		白血球 WBC :	10 ³ /uL MCHC: G/dL								
尿糖 Sugar		HBsAg		紅血球 RBC:	10 ⁶ /uL MCH: Pg								
酸鹼值 PH		SGOT	U/L	血紅素 Hb :	g/uL Hct: %								
潛血反應 O.B		SGPT	U/L	血小板 PLT:	10 ³ /uL MCV: fL								
血脂肪 Lipid Exam		腎功能 Renal Function		體格缺點及建議 Physical defects and suggestions									
總膽固醇 cholesterol	mg/dL	尿素 BUN	mg/dL										
		尿酸 UA	mg/dL										
血 號 blood		肌酐酸 Cr	mg/dL	胸部 X 光攝影 Chest Radiograph									
矯治追蹤記錄 Records of treatment				醫師簽章 Doctor's Signature									