

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
學號		身分證字號			
系所 班組		電話			
		手機			
聯絡地址					
緊急聯絡人		關係		電話	

二吋
半身相片
黏貼處

貴家長及新生您好：

依據教育部函文「學生健康檢查實施辦法」修正條文規定，大專校院新生健康檢查中，胸腹部檢查、理學檢查為應檢查項目，但須經家長或本人同意，如不同意在校內健康檢查進行此項理學檢查時，請學生自行至醫療院所受檢，費用自理，並請將檢查報告繳交學校。除此之外，本校為了學生的健康發展，須蒐集新生的健康情況等個人資料，以便在學期間對健康檢查後續進行追蹤並提供建議，同時亦將以全校學生的資料進行匿名的統計分析以規劃健康促進活動。如不願填寫，學校將無法針對個人的健康狀態提供建議。學生得對所填寫的資料行使請求查詢、閱覽、補充、更正；請求提供複製本；請求停止蒐集、處理、利用或請求刪除等權利，請洽【06-2533131轉2231】如瞭解並同意上述說明，請於右下方簽名，感謝您的配合！

本人(家長)及學生已詳閱並知悉本通知各項說明，並同意在校內配合健康檢查各項內容實施檢查。

新生或家長簽名：_____

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. 海洋性貧血
<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. 心理或精神疾病：_____
<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：_____

現有或 曾有重大傷病證明，類別 _____

領有身心障礙手冊，類別 _____ 等級：極重度 重度 中度 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 _____

生活型態調查

※請勾選最合適的選項：

- 過去7天內，睡眠習慣：1. 每日睡足7小時 2. 不足7小時 3. 時常失眠
- 過去7天內，早餐習慣：1. 都不吃 2. 有時吃，_____天 3. 每天吃，幾點吃？_____點
- 過去一個月內，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？1. 有 2. 沒有
- 過去一個月內，吸菸行為：1. 不吸菸 2. 時常吸菸 3. 每天吸菸，_____支/天 4. 已戒除
- 過去一個月內，喝酒行為：1. 不喝酒 2. 時常喝酒 3. 每天喝酒，_____杯/天 4. 已戒除
- 過去一個月內，嚼檳榔：1. 不嚼檳榔 2. 時常嚼檳榔 3. 每天嚼檳榔，_____粒/天 4. 已戒除
- 常覺得焦慮、憂鬱嗎？1. 沒有 2. 很少 3. 時常
- 常覺得胸悶嗎？1. 沒有 2. 很少 3. 時常
- 常覺得胃痛嗎？1. 沒有 2. 很少 3. 時常
- 常覺得頭痛嗎？1. 沒有 2. 很少 3. 時常
- 月經情況(女生回答)
 - 初次月經 1. 無 2. 有，初經年齡：_____歲
 - 月經週期？1. ≤20天 2. 21-40天 3. ≥41天 4. 不規律(差異7天以上)
 - 有無經痛現象？1. 沒有 2. 輕微 3. 嚴重
- 排便習慣：過去7天內，多久排便一次？1. 每天至少一次 2. 兩天 3. 三天 4. 四天以上

自我健康評估

- 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？1. 極好的 2. 很好 3. 好 4. 普通 5. 不好
- 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？1. 極好的 2. 很好 3. 好 4. 普通 5. 不好

※目前有哪些健康問題？無 請描述：_____

檢查項目	檢查日期： 年 月 日																	
身高	公分	體重	公斤	自選項目	<input type="checkbox"/> 腰圍：_____公分													
血壓	/	mmHg			<input type="checkbox"/> 脈搏：_____次/分													
眼睛檢查	視力	裸視：左眼：_____ 右眼：_____ 矯正視力：左眼：_____ 右眼：_____																
	色盲	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常： <input type="checkbox"/> 赤綠色弱 <input type="checkbox"/> 赤綠色盲 <input type="checkbox"/> 全色弱 <input type="checkbox"/> 全色盲 <input type="checkbox"/> 其他：_____																
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常																	
	聽力異常	左： <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重度音障 <input type="checkbox"/> 戴助聽器 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <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"/> 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：_____																	
口腔	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 6. 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 8. 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 10. 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他：_____																	
	<input type="checkbox"/> 7. 牙結石 <input type="checkbox"/> 9. 牙周炎 <input type="checkbox"/> 11. 口腔黏膜異常																	
牙齒檢查	檢查代碼 <input type="checkbox"/> 1. C-齲齒 <input type="checkbox"/> 2. X-缺牙 <input type="checkbox"/> 3. △-已矯治 <input type="checkbox"/> 4. φ-阻生牙 <input type="checkbox"/> 5. 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

檢驗室檢查項目		檢查結果		檢驗室檢查項目			檢查結果	
		參考值	檢查值				參考值	檢查值
尿液檢查	尿糖	(-)		血液常規	白血球	WBC	μl	4000-10000
	尿蛋白	(-)			紅血球	RBC	萬/μl	男450-550萬 女400-500萬
	尿潛血	(-)			血色素	Hb	g/dl	男14-18 女12-16
	酸鹼值	5.0-7.0			血球容積比	Hct	%	男39-52 女35-48
檢查日期	檢查號碼		平均紅血球容積		MCV	f1	80-100	
年 月 日	NO:		血小板		P1t.	萬/ml	15-45萬	
胸部X光檢查	檢查結果		肝功B、C型肝炎	麩胺酸草醋酸轉氨基酶GOT	U/L	男10-37 女8-31		
	00 <input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 其他異常		麩胺酸丙酮酸轉氨基酶GPT	U/L	男10-37 女8-31		
	01 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病癥			B型肝炎表面抗原HBsAg		(-)		
	02 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化			B型肝炎表面抗體Anti-HBs		(+, -)		
	03 <input type="checkbox"/> 胸廓異常			B型肝炎e抗原HBeAg		(-)	(非指定檢項)	
	04 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水	複查矯治、日期及備註		C型肝炎Anti-HCV		(-)	(非指定檢項)	
	05 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎		心臟血管	中性脂肪	TG	mg/dl	50-150	
	06 <input type="checkbox"/> 心臟肥大			總膽固醇	T-Cho	mg/dl	140-230	
	07 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張			高密度膽固醇	HDL-Cho	mg/dl	> 40	
	<input type="checkbox"/>			血管硬化危險指數Cho/HDL-C		< 5.0	(非指定檢項)	
<input type="checkbox"/>		腎功能	低密度膽固醇	LDL-Cho	mg/dl	< 130	(非指定檢項)	
			尿素氮	BUN	mg/dl	5.0-21.0		
			肌酐酸	Cre	mg/dl	0.6-1.4		
		血糖	尿酸	UA	mg/dl	男3.0-7.0 女2.5-6.0		
			腎絲球過濾率	eGFR	ml/min/1.73	≥ 100	(非指定檢項)	
			血糖	Glu. AC	mg/dl	70-100		

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

總評建議	<input type="checkbox"/> 其他建議：	承辦檢查醫事人員簽章
------	--------------------------------	------------