

聖約翰科技大學學生健康資料卡

※此頁請於體檢前自行填明

※ 請於體檢當日繳交 ※

學 號		身分證字號		血 型		
姓 名		性 別		出生日期	照 片 黏 貼 處	
學 制		科系班級				
聯 絡 住 址				電 話		家裡： 手機：
緊急聯絡人	姓 名	關 係	電 話			
	行動電話					

家 族 病 史	<p>請在患過的病史前打✓</p> <p> <input type="checkbox"/>1. 心臟病 <input type="checkbox"/>4 中風 <input type="checkbox"/>6 糖尿病 <input type="checkbox"/>8 結核病 <input type="checkbox"/>9 血友病 <input type="checkbox"/>2. 高血壓 <input type="checkbox"/>5 肝炎 <input type="checkbox"/>7 何種癌症? _____ <input type="checkbox"/>3. 其它 _____ </p>
------------------	--

過 去 病 史	<p>※曾患下列疾病否？請打勾。</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">是 否</td> <td style="text-align: center;">是 否</td> <td style="text-align: center;">是 否</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>1. 肺結核</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>6. 癲癇</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>11. 糖尿病</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>2. 心臟病</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>7. 紅斑性狼瘡</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>12. 重大手術 名稱：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>3. 肝炎</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>8. 血友病</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>13. 藥物過敏 名稱：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>4. 氣喘</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>9. 小兒麻痺</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>14. 食物過敏 名稱：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>5. 腎臟病</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>10. 關節炎</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>15. 其他 _____</td> </tr> </table>	是 否	是 否	是 否	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. 肺結核	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. 癲癇	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. 糖尿病	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. 心臟病	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. 重大手術 名稱：_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. 肝炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. 血友病	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. 藥物過敏 名稱：_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. 氣喘	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. 小兒麻痺	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. 食物過敏 名稱：_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. 腎臟病	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. 關節炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. 其他 _____
是 否	是 否	是 否																	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. 肺結核	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. 癲癇	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. 糖尿病																	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. 心臟病	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. 重大手術 名稱：_____																	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. 肝炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. 血友病	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. 藥物過敏 名稱：_____																	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. 氣喘	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. 小兒麻痺	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. 食物過敏 名稱：_____																	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. 腎臟病	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. 關節炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. 其他 _____																	

過 去 一 年 生 活 回 顧	<p>※請勾選最適合的選項：</p> <p>1. 睡眠時間：<input type="checkbox"/>1. 每天睡足 7~8 小時 <input type="checkbox"/>2. 不足 7~8 小時 <input type="checkbox"/>3. 時常失眠</p> <p>2. 早餐習慣：<input type="checkbox"/>1. 每天吃 <input type="checkbox"/>2. 偶而 <input type="checkbox"/>3. 不吃</p> <p>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？ <input type="checkbox"/>1. 有 <input type="checkbox"/>2. 沒有</p> <p>4. 吸菸習慣：<input type="checkbox"/>1. 不吸菸 <input type="checkbox"/>2. 吸菸，菸量約 _____ 支/天</p> <p>5. 喝酒習慣：<input type="checkbox"/>1. 不喝酒 <input type="checkbox"/>2. 偶而喝 <input type="checkbox"/>3. 時常喝酒，酒量約 _____ 杯/天</p> <p>6. 嚼食檳榔：<input type="checkbox"/>1. 不嚼食檳榔 <input type="checkbox"/>2. 嚼食檳榔，量約 _____ 粒/天</p> <p>7. 常覺得焦慮、憂慮嗎？ <input type="checkbox"/>1. 很少或沒有 <input type="checkbox"/>2. 偶而 <input type="checkbox"/>3. 時常</p> <p>8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/>1 很少或沒有 <input type="checkbox"/>2. 偶而 <input type="checkbox"/>3. 時常</p> <p>9. 常曾覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/>1. 很少或沒有 <input type="checkbox"/>2. 偶而 <input type="checkbox"/>3. 時常</p> <p>10. 常曾覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/>1. 很少或沒有 <input type="checkbox"/>2. 偶而 <input type="checkbox"/>3. 時常</p> <p>11. 是否發作過氣喘？ <input type="checkbox"/>1. 是，一年內發作過 <input type="checkbox"/>2. 是，一年內沒有發作過 <input type="checkbox"/>3. 否，從沒發生過</p> <p>12. 是否發作過癲癇？ <input type="checkbox"/>1. 是，一年內發作過 5-10 次 <input type="checkbox"/>2. 是，一年內發作過 1-5 次 <input type="checkbox"/>1. 是，一年內沒發作過 <input type="checkbox"/>2. 否，從沒發生</p> <p>13. 此次參加體檢是否有空腹 <input type="checkbox"/>1. 有吃東西 <input type="checkbox"/>2. 沒有吃東西</p>
--------------------------------------	---

自 我 健 康 評 估	<p>1. <input type="checkbox"/>領有重大傷病證明卡，類別 _____ 參加保險，類別 <input type="checkbox"/>全民健保 <input type="checkbox"/>學生團體保險 <input type="checkbox"/>其他 _____</p> <p>2. <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</p> <p>3. 整體而言，您覺得自己的健康狀況與同年齡的比較是： <input type="checkbox"/>1. 非常好 <input type="checkbox"/>2. 稍微好 <input type="checkbox"/>3. 沒有差別 <input type="checkbox"/>4. 稍微差 <input type="checkbox"/>5. 非常差</p> <p>※目前有哪些健康問題？請敘述：</p>
----------------------------	---

檢查日期		年		月		日																																									
檢查項目		檢 查 結 果																																													
一般 檢 查	體 格	身高				cm	體重	Kg																																							
	血 壓	/						mmHg																																							
	視 力	裸 視	右：			矯 正	右：																																								
			左：				左：																																								
	辨 色 力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____																																													
聽 力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____																																														
口 腔		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="4">右</td> <td colspan="4">左</td> </tr> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table> <p>C=齶齒 X=缺牙 /=阻生牙 △=已矯正</p> <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他_____						右				左				18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
右				左																																											
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																
理 學 檢 查	耳 部	<input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 盯聾栓塞 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他																																													
	頭 頸 部	斜 頸	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他_____																																												
		異常腫塊	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他_____																																												
	胸 部	心肺疾病	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整																																												
		胸廓異常	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其他_____																																												
	腹 部	<input type="checkbox"/> 無異樣 <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 其他																																													
	脊 柱 四 肢	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 <input type="checkbox"/> 其他_____																																													
	皮 膚	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他_____																																													
其 他	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他_____																																														
尿液檢查	尿糖：	尿蛋白：	尿潛血：	酸鹼值：																																											
實 驗 室 檢 查	肝 功 能	SGOT：	SGPT：	血液常規八項：																																											
	血 脂 肪	總膽固醇：																																													
	腎 功 能	BUN：	Cr：				UA：																																								
	B 型 肝 炎	HBsAg：					HBsAb：																																								
		HBeAg：		糖化血色素： (有糖尿病史或尿糖 2+以上者)																																											
胸 部 X 光				X 光編號：																																											
醫 師 簽 章																																															
矯 治 追 蹤 記 錄 及 特 殊 記 載																																															