

# 吳鳳科技大學 學生健康資料卡

## WuFeng University Student Health Examination Form

入學日期 Date of Entry	年(yy) / ____月(mm)
-----------------------	-------------------

Basic Information 學生基本資料	學號 Student No.		姓名 Name		就讀系所、班(組)別 Dept./Institute/Program		
	身分證字號 Passport No.		出生日期 Date of Birth	____年(yy) / ____月(mm) / ____日(dd)		血型 Blood Type	
	戶籍地址 Permanent address				性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	
	現居地址 Mail address	<input type="checkbox"/> 同上 As above			學生行動電話 Cell phone		
	緊急聯絡人、監護人或附近親友 Emergency contact	關係 Relationship	姓名 Name	電話(家) Phone (home)	電話(公) Phone (work)	行動電話 Cell phone	
Health Information 健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病 Please tick of the ailments you have had <div> <input type="checkbox"/>1.無 None                     <input type="checkbox"/>7.癲癇 Epilepsy                     <input type="checkbox"/>13.心理或精神疾病 mental disorder：                 </div> <div> <input type="checkbox"/>2.肺結核 Tuberculosis                     <input type="checkbox"/>8.紅斑性狼瘡 SLE (Lupus)                     <input type="checkbox"/>14.癌症 Cancer：                 </div> <div> <input type="checkbox"/>3.心臟病 Heart disease                     <input type="checkbox"/>9.血友病 Hemophilia                     <input type="checkbox"/>15.海洋性貧血 Thalassemia：                 </div> <div> <input type="checkbox"/>4.肝炎 Hepatitis                     <input type="checkbox"/>10.蠶豆症 G6PD deficiency                     <input type="checkbox"/>16.重大手術名稱 Major surgery：                 </div> <div> <input type="checkbox"/>5.氣喘 Asthma                     <input type="checkbox"/>11.關節炎 Arthritis                     <input type="checkbox"/>17.過敏物質名稱 Allergy to：                 </div> <div> <input type="checkbox"/>6.腎臟病 Kidney disease                     <input type="checkbox"/>12.糖尿病 Diabetes mellitus                     <input type="checkbox"/>18.其他 Other：                 </div>						
	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 No <input type="checkbox"/> 1.有 Yes <input type="checkbox"/> 2.不知道 Unknown High myopia: Do you currently have myopia greater than 500 degrees (near-sightedness -5.00 diopters) in either eye?						
	領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 0.無 No <input type="checkbox"/> 1.有 Yes，類別 Category：_____ Holder of Catastrophic Illness (including Rare Disease) Certificate						
	領有身心障礙手冊 Holder of Physical/Mental Disability Manual： <input type="checkbox"/> 0.無 No <input type="checkbox"/> 1.有 Yes，類別 Category：____ 等級 Level： <input type="checkbox"/> 1.輕度 Mild <input type="checkbox"/> 2.中度 Moderate <input type="checkbox"/> 3.重度 Severe <input type="checkbox"/> 4.極重度 Profound						
	特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0.無 No <input type="checkbox"/> 1.有 Yes (請描述 please describe)：_____ Special disease status or matters needing attention 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。 If you are being treated for, or recovering from, any of the above or some other disease, please inform the medical personnel and also provide your medical records for the healthcare professionals' reference.						
Regular Lifestyle 生活型態	家族疾病史 Family medical/disease history <input type="checkbox"/> 0.無 No <input type="checkbox"/> 1.有 Yes <input type="checkbox"/> 2.不知道 Unknown。 患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 Relatives of family members suffering from major hereditary disorder：_____ 疾病名稱 Name of disease：_____。						
	※請勾選最合適的選項 Tick the boxes that best describe your lifestyle：						
	1. 過去 7 天內 (不含假日)，睡眠習慣 How much did you sleep during the past 7 days (not including weekends, or days off)： <input type="checkbox"/> ①每日睡足 7 小時≥7 hours a day <input type="checkbox"/> ②不足 7 小時<7 hours a day <input type="checkbox"/> ③時常失眠 I suffer from insomnia。						
	2. 過去 7 天內 (不含假日)，早餐習慣 How often did you eat breakfast in the past 7 days (not including weekends, or days off)： <input type="checkbox"/> ①都不吃 Never <input type="checkbox"/> ①有時吃 Some days，____天 days <input type="checkbox"/> ②每天吃 Every day：(9 點前吃 Eat: before 9:00： <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No；9 點後吃 after 9:00： <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No)。						
	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 During the past 7 days, how many days did you do moderate/high intensity exercise (that is, you could talk but not sing while performing the exercise), such as sports, fitness, commuting, and recreational physical activities for at least 10 minutes each time per day？ <input type="checkbox"/> ①0 天 day <input type="checkbox"/> ①1 天 day <input type="checkbox"/> ②2 天 days <input type="checkbox"/> ③3 天 days <input type="checkbox"/> ④4 天 days <input type="checkbox"/> ⑤5 天 days <input type="checkbox"/> ⑥6 天 days <input type="checkbox"/> ⑦7 天 days。						
Health Self 自我健康評估	4. 過去一個月內，你吸菸/煙(包括傳統菸品、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形 During the past month, did you use tobacco (cigarettes, e-cigarettes, or iQOS)？ <input type="checkbox"/> ①不吸菸 Not at all <input type="checkbox"/> ②已戒除 I have quit <input type="checkbox"/> ③有時吸菸 Some days -please tick(可複選(multiple choice)： <input type="checkbox"/> ④傳統菸品 cigarettes、 <input type="checkbox"/> ⑤電子煙 e-cigarettes、 <input type="checkbox"/> ⑥加熱式菸品等 iQOS) <input type="checkbox"/> ④每天吸菸 Every day - please tick (可複選(multiple choice)： <input type="checkbox"/> ④傳統菸品 cigarettes、 <input type="checkbox"/> ⑤電子煙 e-cigarettes、 <input type="checkbox"/> ⑥加熱式菸品等 iQOS)。						
	5. 過去一個月內，你喝酒情形 During the past month, did you drink alcohol： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 Not at all <input type="checkbox"/> ②有時喝酒 Some days <input type="checkbox"/> ③每天喝酒 Every day - please tick how many ( <input type="checkbox"/> 2 杯以上 2 drinks or more、 <input type="checkbox"/> 1 杯 1 drink、 <input type="checkbox"/> 不到 1 杯 less than 1 drink) <input type="checkbox"/> ④已戒除 I have quit。(勾選「③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 330ml、葡萄酒 120ml、烈酒 45ml) (Note: 1 'drink' means: 330 ml of beer, 120 ml of wine, 45 ml of spirits)						
	6. 過去一個月內，你嚼檳榔情形 During the past month, did you chew betel nut： <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 Not at all <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 Some days <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 Every day <input type="checkbox"/> ④已戒除 I have quit。						
	7. 你覺得憂鬱嗎 Do you feel depressed？ <input type="checkbox"/> ①沒有 Not at all <input type="checkbox"/> ①有時 Sometimes <input type="checkbox"/> ②時常 Often。						
	8. 你覺得焦慮嗎 Do you feel worried？ <input type="checkbox"/> ①沒有 Not at all <input type="checkbox"/> ①有時 Sometimes <input type="checkbox"/> ②時常 Often。						
9. 過去 7 天內，你多久排便一次 During the past 7 days, how often did you defecate？ <input type="checkbox"/> ①每天至少一次 At least once a day <input type="checkbox"/> ②兩天 Once in 2 days <input type="checkbox"/> ③三天 Once in 3 days <input type="checkbox"/> ④四天以上 Once in 4 or more days。							
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 During the past 7 days (not including weekends, or days off), how many hours did you use the internet everyday, apart from when doing homework or in class？ <input type="checkbox"/> ①不到 2 小時 less than 2 hours <input type="checkbox"/> ②約 2-4 小時 2-4 hours <input type="checkbox"/> ③約 4 小時以上 4 hours or more，____小時 hours。							
11. 你通常一天刷牙幾次 How many times do you usually brush your teeth a day？ <input type="checkbox"/> ①0 次 None <input type="checkbox"/> ①1 次 Once <input type="checkbox"/> ②2 次 Twice <input type="checkbox"/> ③3 次以上 3 or more times。							
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 How often do you have a dental checkup even if there's no toothache or other oral discomfort？ <input type="checkbox"/> ①每半年一次 Once every 6 months <input type="checkbox"/> ②每年一次 Once a year <input type="checkbox"/> ③一年以上 More than one year <input type="checkbox"/> ④從來沒有 Never。							
13. 月經情況 (女生回答)：有無經痛現象 Menstrual cycle – female students: Do you have painful menstrual periods？ <input type="checkbox"/> ①沒有 No <input type="checkbox"/> ②輕微 Light pain <input type="checkbox"/> ③嚴重 Severe pain <input type="checkbox"/> ④不知道/拒答 Unknown/Declined to answer。							
1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是 During the past month, would you say your health condition is？ <input type="checkbox"/> ①非常好 Excellent <input type="checkbox"/> ②好 Good <input type="checkbox"/> ③一般 Average <input type="checkbox"/> ④不好 Fair <input type="checkbox"/> ⑤非常不好 Poor。							
2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是 During the past month, would you say your mental health condition is？ <input type="checkbox"/> ①非常好 Excellent <input type="checkbox"/> ②好 Good <input type="checkbox"/> ③一般 Average <input type="checkbox"/> ④不好 Fair <input type="checkbox"/> ⑤非常不好 Poor。							
※ 目前有哪些健康問題呢 Do you currently have any health concerns？ <input type="checkbox"/> 0.無 No <input type="checkbox"/> 1.有 Yes。							
※ 是否需要學校協助 Do you need the university/college to provide any assistance： <input type="checkbox"/> 0.否 No <input type="checkbox"/> 1.是 Yes。							

<input type="checkbox"/> 進食eaten_____： <input type="checkbox"/> 生理期menstrual period <input type="checkbox"/> 懷孕pregnant <input type="checkbox"/> 疑懷孕suspected pregnancy				檢查醫事人員簽章 Examiner's Signature	
全身檢查項目 Health Examination Record		檢查日期 Date：_____年(yy) / _____月(mm) / _____日(dd)			
身高 Height：_____公分 cm		體重 Weight：_____公斤 kg		腰圍 Waistline：_____公分 cm	
血壓 Blood Pressure：_____ / _____ mmHg		脈搏 Pulse rate：_____次/分 times/min			
視力檢查 Vision Test		<input type="checkbox"/> 裸視 Uncorrected：左眼 Lef _____ 右眼 Right _____ <input type="checkbox"/> 矯正視力 Corrected：左眼 Lef _____ 右眼 Right _____			
眼 Eyes	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 Color blindness <input type="checkbox"/> 其他 Other：_____			
耳鼻喉 ENT	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	聽力異常Hearing abnormality： <input type="checkbox"/> 左 Left <input type="checkbox"/> 右 Right <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 Suspected otitis media，如：耳膜破損 such as from a perforated eardrum <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大Swollen tonsils <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞Earwax embolism <input type="checkbox"/> 其他Other：_____			
頭頸 Head & Neck	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 斜頸Wry neck (torticollis) <input type="checkbox"/> 異常腫塊 Abnormal mass <input type="checkbox"/> 其他 Other：_____			
胸腔及外觀 Chest	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 心肺疾病 Cardiopulmonary disease <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Abnormal thorax <input type="checkbox"/> 其他 Other：_____			
腹部 Abdomen	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常腫大 Abnormal swelling <input type="checkbox"/> 其他 Other：_____			
脊柱四肢 Spine &limbs	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎Scoliosis <input type="checkbox"/> 肢體畸形Limb deformity <input type="checkbox"/> 蹲距困難Difficulty squatting <input type="checkbox"/> 其他 Other：_____			
皮膚 Skin	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 癬 Ringworm <input type="checkbox"/> 疥瘡 Scabies <input type="checkbox"/> 疣 Wart <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 Atopic dermatitis <input type="checkbox"/> 溼疹Eczema <input type="checkbox"/> 其他 Other：_____			
口腔篩檢 Oral Health Screening	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	未治療齲齒Untreated caries： <input type="checkbox"/> 0.無No <input type="checkbox"/> 1.有Yes 缺牙(因齲齒拔除) Missing tooth (been extracted due to caries)： <input type="checkbox"/> 0.無No <input type="checkbox"/> 1.有Yes 已矯治牙齒Filled tooth： <input type="checkbox"/> 0.無No <input type="checkbox"/> 1.有Yes 牙齦炎Gingivitis： <input type="checkbox"/> 0.無No <input type="checkbox"/> 1.有Yes 牙結石Dental calculus or tartar： <input type="checkbox"/> 0.無No <input type="checkbox"/> 1.有Yes <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良Poor oral hygiene <input type="checkbox"/> 咬合不正Malocclusion <input type="checkbox"/> 其他 Other：_____			
總評建議 Summary	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受Requires a consultation with _____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議 Other：_____				承辦檢查醫院簽章 Stamp of ospital/clinic where examination was done
胸部 X光 檢查 Chest X-ray	檢查日期 Date of X-ray	檢查結果 Result： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 No obvious abnormality <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 R/O TB <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 TB-related Calcification <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Abnormal thorax <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 Pleural cavity edema <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 心臟肥大 Cardiomegaly <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 Bronchiectasis <input type="checkbox"/> 肺浸潤 pulmonary infiltrates <input type="checkbox"/> 肺結節 Lung nodules <input type="checkbox"/> 其他 Other：_____			
實驗室檢查項目 Laboratory Tests		檢查結果 Result	實驗室檢查項目 Laboratory Tests		檢查結果 Result
尿液檢查 Urinalysis	尿蛋白 Protein ( + )( - )		血脂肪 Blood lipid	總膽固醇 Total cholesterol ( mg/dL )	
	尿糖 Sugar ( + )( - )				
	潛血 O.B. ( + )( - )		腎功能檢查 Renal function	肌酸酐 Creatinine ( mg/dL )	
	酸鹼值 PH			尿酸 UA ( mg/dL )	
血液常規 檢查 Blood test	血色素 Hb ( g/dL )		肝功能檢查 Liver function	血尿素氮 BUN ( mg/dL )	
	白血球 WBC ( 10 <sup>3</sup> /μL )			麩胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT ( U/L )	
	紅血球 RBC ( 10 <sup>6</sup> /μL )		麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT ( U/L )		
	血小板 Platelet count ( 10 <sup>3</sup> /μL )		其他 Other		
	平均血球容積 MCV ( fl )				
	血球容積比 Hct ( % )				
健康管理 綜合紀錄 Summary	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄 Summary of health examination results, for follow-up or treatment, and case management outline			複查矯治、日期及備註 Further treatment, date, and comment：	