1. 為符合「學生健康檢查實施辦法」，同意馬偕紀念醫院淡水分院逕將本人於108年之個人資料及體檢報告提供予馬偕醫學院衛生保健組作為學生健康管理之用。
2. 若您已成年（民國88年9月3日前出生者），同意將本次受檢報告通知您的家長。

同意請簽名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **馬偕醫學院學生健康資料卡** | | | | | | | | | | | | | | | | | 學號 | | |  | | | | | | | | |
| 學  生基本資料 | | 入學日期 | 年 月 | | | 就讀系所、班別 | | | |  | | | | | | | 姓名 | | |  | | | | | | | | |
| 出生日期 | 年 月 日 | | | 血型 | |  | | 性別 | | | □男 □女 | 身分證字號 | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 戶籍地址 |  | | | | | | | | | | | | 學生本人行動電話 | | | | | | | | 相片黏貼處 | | | | | |
| 現居地址 | □同上 □如右： | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 緊急聯絡人、 | 關係 | | 姓名 | | 電話(家) | | | | 電話(公) | | | | 行動電話 | | | | | | | |
| 監護人或 |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| 附近親友 |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| 健康基本資料 | | 個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病 | | | | | | | | | | | | | | 特殊疾病現況或應注意事項  □詳如病歷摘要 | | | | | | | | | | | | |
| □1.無  □2.肺結核  □3.心臟病  □4.肝炎  □5.氣喘  □6.腎臟病 | | □7.癲癇  □8.紅斑性狼瘡  □9.血友病  □10.蠶豆症  □11.關節炎  □12.糖尿病 | | | | | □13.心理或精神疾病：  □14.癌症：  □15.海洋性貧血:  □16.重大手術名稱:  □17.過敏物質名稱:  □18.其他： | | | | | | |
| □領有重大傷病證明卡，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 | | * 請勾選最合適的選項:  1. 過去7天內（不含假日），睡眠習慣:□➀每日睡足7小時□➁不足7小時□➂時常失眠 2. 過去7天內（不含假日），早餐習慣: □➀都不吃□➁有時吃， 天□➂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：□➀有□➁沒有 4. 過去一個月內，吸菸行為: □➀不吸菸□➁時常吸菸□➂每天吸菸， 支/天□④已戒除 5. 過去一個月內，喝酒行為: □➀不喝酒□➁時常喝酒□➂每天喝酒， 杯/天□④已戒除   （1杯的定義：啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml）   1. 過去一個月內，嚼檳榔：□➀不嚼檳榔□➁時常嚼檳榔□➂每天嚼檳榔， 粒/天□④已戒除 | | | | | | | | | | 1. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？□➀沒有□➁很少□➂時常 2. 常覺得胸悶嗎？□➀沒有□➁很少□➂時常 3. 常覺得胃痛嗎？□➀沒有□➁很少□➂時常 4. 常覺得頭痛嗎？□➀沒有□➁很少□➂時常 5. 月經情況（女生回答） 6. 初次月經□➀無□➁有，初經年齡： 歲 7. 月經週期？□➀≦20天□21-40天□➂≧41天□④不規律（差異7天以上） 8. 有無經痛現象？□➀沒有□➁輕微□➂嚴重 9. 排便習慣：過去7天內，多久排便一次？ □➀每天至少一次□➁兩天□➂三天□④四天以上 10. 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？□➀每天少於1小時□➁每天約1-2小時□➂每天約2-4小時□④每天約4-5小時□⑤每天約5小時或以上 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自我健康評估 | 1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？□➀極好的□➁很好□➂好□④普通□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？□➀極好的□➁很好□➂好□④普通□⑤不好 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 目前有哪些健康問題？請敘述: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 全身檢查項目 | | | 檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 檢查醫事人員簽章 | |
| 身高： 公分 體重： 公斤 | | | | | | | | | | | | | | | | □腰圍 公分 □臀圍 公分 腰臀比： | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 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 | | □無明顯異常 | | | | | □辨色力異常 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 耳鼻喉 | | □無明顯異常 | | | | | 聽力異常：□左 □右  □疑似中耳炎，如：耳膜破損 □扁桃腺腫大 □耵聹栓塞 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 頭頸 | | □無明顯異常 | | | | | □斜頸 □異常腫塊 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 胸部 | | □無明顯異常 | | | | | □心肺疾病 □胸廓異常 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部 | | □無明顯異常 | | | | | □異常腫大 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脊柱四肢 | | □無明顯異常 | | | | | □脊柱側彎 □肢體畸形 □青蛙肢（蹲距困難） □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚 | | □無明顯異常 | | | | | □癬 □疥瘡 □疣 □異位性皮膚炎 □溼疹 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 口腔 | | □無明顯異常 | | | | | □口腔衛生不良 □牙結石 □牙齦炎 □牙周炎 □齒列咬合不正  □口腔黏膜異常 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 牙齒位置圖 | | 檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 🛆-已矯治 ψ-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 |
|  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | | |  |
| 總評  建議 | □無明顯異常  □有異狀，需接受 科醫師診治  □其他建議： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 承辦檢查醫院簽章 | | | | | | |
| 實驗室檢查項目 | | | | | | | | | 初查  結果 | | | 檢查結果 | | | | | | 實驗室檢查項目 | | | | | | | | | | | 初查  結果 | | | 檢查結果 | | | |
| 異常註記 | | | 追蹤 | | | 異常註記 | | | 追蹤 |
| 尿液  檢查 | 酸鹼值 | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | 血糖 | | | 空腹血糖值 | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 尿比重 | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | 血脂肪 | | | 總膽固醇 | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 尿蛋白（＋）（－） | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | 三酸甘油脂 | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 尿糖（＋）（－） | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | 高密度脂蛋白 | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 潛血（＋）（－） | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | 低密度脂蛋白 | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 尿膽紅素 | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | 心臟血管危險因子指數(CHO/HDL) | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 尿中白血球 | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | 腎功能  檢查 | | | 肌酸酐（mg/dl） | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 尿酮體 | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | 尿酸（mg/dl） | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 血液  常規  檢查 | 血色素（g/dl） | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | 尿素氮（mg/dl） | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 白血球（103/μL） | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | 肝功能  檢查 | | | 麩胺酸草醋酸轉胺酶SGOT（U/L） | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 紅血球（106/μL） | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | 麩胺酸丙酮酸轉胺酶SGPT（U/L） | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 血小板（103/μL） | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | 肝炎  檢查 | | | B型肝炎表面抗原 | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 平均血球容積MCV（fl） | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | B型肝炎表面抗體 | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 血球容積比Hct（﹪） | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | 水痘抗體 | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 胸部X光檢查 | 檢查日期 | | | | 檢查結果：  □無明顯異常  □疑似肺結核病徵 □肺結核鈣化 □胸廓異常 □肋膜腔積水  □脊柱側彎 □心臟肥大 □支氣管擴張 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 複查矯治、日期及備註： | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |