



# 國立臺灣海洋大學學生健康資料卡

## NTOU Student Health Form

填寫日期 Date: 年 月 日 (y/m/d)

學號 Student ID no.	身分證字號 ID no. (Passport no.)	血型 Blood type	相片黏貼處 Attach photo here
姓名 Name	<input type="checkbox"/> 男 male <input type="checkbox"/> 女 female	出生日期 Date of birth	
系別系所 Department	系(所)Department <input type="checkbox"/> 四年制 Undergraduate <input type="checkbox"/> 轉學生 Transferred student <input type="checkbox"/> 碩士班 Master program <input type="checkbox"/> 碩士在職班 Master continuing education program <input type="checkbox"/> 博士班 Ph. D. program	年 月 日 y m d	
連絡地址 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.	
過去病史	※曾患下列疾病?請打勾。 Please check if you have ever had the medical history of:		
	<input type="checkbox"/> 1. 無 None <input type="checkbox"/> 7. 癲癇 Epilepsy <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病: _____ Psychological or mental illness <input type="checkbox"/> 2. 肺結核 Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 Lupus erythematosus <input type="checkbox"/> 14. 癌症 Cancer <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 <input type="checkbox"/> 4. 肝炎 Hepatitis <input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症 G6PD deficiency <input type="checkbox"/> 16. 重大手術 Major surgery: _____ <input type="checkbox"/> 5. 氣喘 Asthma 三年內氣喘發作過 (Yes, I got asthma within three years) <input type="checkbox"/> 11. 關節炎 Arthritis <input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱 Allergy to: _____ <input type="checkbox"/> 6. 腎臟痛 Nephralgia <input type="checkbox"/> 12. 糖尿病 Diabetes _____型 <input type="checkbox"/> 18. 其他 Anything else: _____		
家族病史	※請在家族患過的病史前打勾。 Please check if your families have ever had the medical history of:		
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 血友病 Hemophilia <input type="checkbox"/> 其他 Other <input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension <input type="checkbox"/> 蠶豆症 G6PD deficiency <input type="checkbox"/> 何種癌症? What kind of cancer? _____		
生活型態	※請勾選最適合的選項: Choose the most appropriate answer applicable to you in the past one year~Please check:		
	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. 每天睡足7~8小時(7~8 hours or more) <input type="checkbox"/> 2. 不足7~8小時(less than 7~8 hours) <input type="checkbox"/> 3. 時常失眠(insomnia) 2. 過去7天內(不含假日), 早餐習慣(How many days did you eat breakfast during the past 7 days (not including weekends, or days off) )?: <input type="checkbox"/> 1. 都不吃(Never) <input type="checkbox"/> 2. 有時吃___天(Seldom: ___days) <input type="checkbox"/> 3. 每天吃, 幾點吃? ___點(Every day at (time)) 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? (During the past month (not including weekends, days off, or winter or summer vacation), have you exercised three times a week, for at least 30 minutes each time, and achieving a heartbeat rate of 130 bpm each time?): <input type="checkbox"/> 1. 有(Yes) <input type="checkbox"/> 2. 沒有(No) 4. 過去一個月內, 吸菸行為(During the past month, did you smoke?): <input type="checkbox"/> 1. 不吸菸(No) <input type="checkbox"/> 2. 時常吸菸(Often) <input type="checkbox"/> 3. 每天吸菸, _____支/天(Every day: ___ # cigarettes per day) <input type="checkbox"/> 4. 已戒除(Quit) 5. 過去一個月內, 喝酒行為(During the past month, did you drink alcohol?): <input type="checkbox"/> 1. 不喝酒(No) <input type="checkbox"/> 2. 時常喝酒(Often) <input type="checkbox"/> 3. 每天喝酒, _____杯/天(Every day: ___ # glasses per day) <input type="checkbox"/> 4. 已戒除(Quit) (1杯的定義: 啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml) ('one glass' means: beer 330 ml, wine 120 ml, liquor 45 ml) 6. 過去一個月內, 嚼檳榔(During the past month, did you chew betel quid?): <input type="checkbox"/> 1. 不嚼檳榔(No) <input type="checkbox"/> 2. 時常嚼檳榔(Often) <input type="checkbox"/> 3. 每天嚼檳榔, _____粒/天(Every day, ___ # quids per day) <input type="checkbox"/> 4. 已戒除(Quit) 7. 常覺得焦慮、憂慮嗎(Do you feel worried or depressed)? <input type="checkbox"/> 1. 沒有(No) <input type="checkbox"/> 2. 很少(Seldom) <input type="checkbox"/> 3. 時常(Often) 8. 常覺得胸悶嗎(Do you regularly feel chest discomfort)? <input type="checkbox"/> 1. 沒有(No) <input type="checkbox"/> 2. 很少(Seldom) <input type="checkbox"/> 3. 時常(Often) 9. 常覺得胃痛嗎(Do you regularly feel stomach discomfort)? <input type="checkbox"/> 1. 沒有(No) <input type="checkbox"/> 2. 很少(Seldom) <input type="checkbox"/> 3. 時常(Often) 10. 常覺得頭痛嗎(Do you regularly have headaches)? <input type="checkbox"/> 1. 沒有(No) <input type="checkbox"/> 2. 很少(Seldom) <input type="checkbox"/> 3. 時常(Often) 11. 月經情況(女生回答)(Menstrual history (women only))? (1)初次月經(Your age at first menstruation) <input type="checkbox"/> 1. 無(Haven't begun menstruation yet) <input type="checkbox"/> 2. 有, 初經年齡: _____歲(Age at first period: _____) (2)月經週期(Length of menstrual cycle)? <input type="checkbox"/> 1. ≤20天(≤20 days) <input type="checkbox"/> 2. 21-40天(21-40 days) <input type="checkbox"/> 3. ≥41天(≥41 days) <input type="checkbox"/> 4. 不規律(差異7天以上)(irregular (differing in length by more than 7days)) (3)有無經痛現象(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) 12. 排便習慣(Bowel habits): 過去7天內, 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 every 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) 13. 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(Internet use: During the past seven days (not including weekends, or days off), how many hours did you use the internet every day, apart from when doing homework or in class)? : <input type="checkbox"/> 1. 每天少於1小時(≤1 hour) <input type="checkbox"/> 2. 每天約1-2小時(1-2 (less than)hours) <input type="checkbox"/> 3. 每天約2-4小時(2-4 (less than) hours) <input type="checkbox"/> 4. 每天約4-5小時(4-5 (less than) hours) <input type="checkbox"/> 5. 每天約5小時或以上(≥5 hours)		
自我健康評估	1. 整體而言, 您覺得自己的健康狀況與同齡的人比較是(Comparing with people of your age, you feel your health condition is): <input type="checkbox"/> 非常好 very good <input type="checkbox"/> 稍微好 fairly good <input type="checkbox"/> 沒有差別 average <input type="checkbox"/> 稍微差 worse <input type="checkbox"/> 非常差 very bad		
	2. 是否領有重大傷病卡(Do you have "IC Cards for Severe Illness")? <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/> 是 Yes, 類別 Type _____, 保險類別 insurance Type <input type="checkbox"/> 全民健保 National Health Insurance <input type="checkbox"/> 學生團體保險 Student-group Insurance <input type="checkbox"/> 其他 Others _____ 3. 是否領身心障礙手冊/殘障手冊? Do you have "Disability Card"? <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/> 是 Yes, 類別 Type _____, 等級 Grade <input type="checkbox"/> 極重度 Extremely severe <input type="checkbox"/> 重 Severe <input type="checkbox"/> 中度 Moderate <input type="checkbox"/> 輕度 Mild		
Access your health condition:			
※目前有那些健康問題?請詳述(Please describe health-related problems if you have had): _____			
※您是否接受上網查詢報告服務?(Do you want to refer your medical reporting website?) <input type="checkbox"/> 同意(Yes) <input type="checkbox"/> 不同意(No)			
※已年滿20歲以上的同學, 是否同意將檢查結果通知家長?( Domestic students :Do you agree the check up result send to Parents, If your age already 20 years old?) <input type="checkbox"/> 同意(Yes) <input type="checkbox"/> 不同意(No)			
※女性請填寫: 本人確定無懷孕, Female only :I certify that I am NOT pregnant so I would accept Chest X-RAY <input type="checkbox"/> 同意(Yes) <input type="checkbox"/> 不同意(No)			
<b>*空腹 8 小時 Fasting eight hours? <input type="checkbox"/>是(Yes) <input type="checkbox"/>否(No)</b>			
上述資料無誤後簽名(Sigh): _____			

# 健康檢查紀錄表

## Health Examination Record

粗框內資料請詳細填寫

學號 Student Id No.		姓名 Name		科別系所 Department													
檢查日期 Date		年 Year		月 Mon		日 Day											
檢查項目 Item		檢查結果 Results Of Exam.															
一般檢查 General Exam.	體格 Build	身高 Height cm		體重 Weight kg		腰圍 cm											
	血壓 Blood pressure	1. / mmHg		2. / mmHg		體脂肪 FAT% : 5											
	視力 Vision	裸視 Naked eye	右/R:		矯正 Corrected		右/R:										
			左/L:				左/L:										
	辨色力 Color Blindness	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal_____															
聽力 Hearing Test	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 右耳/L 異常 Abnormal_____ <input type="checkbox"/> 左耳/R 異常 Abnormal_____																
口腔 Oral Cavity		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 殘留乳牙 <input type="checkbox"/> 其他_____															
牙齒位置圖 檢查代碼 C-齶齒 Dental Cavities X-缺牙 Anodontia Δ-已矯治 Corrected φ-阻生牙 Hinder Sp.-贅生																	
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
理學檢查	耳部 Ear		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 Tonsil Enlargement <input type="checkbox"/> 其他 Other_____														
	頭頸部 Head & Neck	斜頸 Torticollis	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other_____														
		異常腫塊 Abnormal Mass	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other_____														
		甲狀腺 Thyroid Gland	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other_____														
	胸部 Chest	心肺疾病 Cardiac and Pulmonary disease	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal    心跳 Pulse Rate_____次/分(times/rate) <input type="checkbox"/> 心雜音 Heart murmur <input type="checkbox"/> 心律不整 Cardiac arrhythmia <input type="checkbox"/> 其他 Other_____														
		胸廓異常 Abnormal Thorax	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 氣喘 Asthma <input type="checkbox"/> 其他 Other_____														
	腹部 Abdomen		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 Splenohepatomegoly <input type="checkbox"/> 其他 other_____														
	脊柱四肢 Spine & Limb		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 肢體畸形 Limb deformity <input type="checkbox"/> 青蛙肢 Gluteal Maximum muscle contracture <input type="checkbox"/> 其他 Other_____														
皮膚 Skin		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other_____															
其他 Other		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 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		HBsAg		白血球 WBC	10 <sup>3</sup> /uL	MCV	fL										
尿糖 Sugar		HBsAb		紅血球 RBC	10 <sup>6</sup> /uL	MCH	Pg										
酸鹼值 PH		HBeAg		血紅素 Hb	g/uL	MCHC	G/dL										
潛血反應 OB		SGOT	U/L	Hct	%	血小板 Platelet	10 <sup>3</sup> /uL										
一氧化碳 CO		SGPT	U/L	血糖 Sugar													
血號	三酸甘油酯 Trilycerd		mg/dL		體格缺點及建議 Physical defects and suggestions:												
	膽固醇 Cholesterol		mg/dL														
矯治追蹤記錄 Records of treatment	腎功能 Renal function	尿素氮 BUN	mg/dL	胸部 X 光攝影 Chest Radiograph <input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other_____													
		肌酐酸 Cr	mg/dL														
		尿酸 UA	mg/dL														
特殊記載 Remarks		醫師簽章 Doctor's Signature															