

國立政治大學學生健康資料卡

NCCU Student Health Examination Form

學號條碼：
表單編號：QP-M14-04-01-B
保存年限：7年

學生基本資料	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	學號 Student No.	入學日期 Date of Entry	年(yy)/月(mm)
	出生日期 Date of Birth	年 月 日 y m d	血型 Blood Type	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F
	戶籍地址 Permanent address	學生本人行動電話 Cell phone No.			
現居地址 Mailing address	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右 If different from above:				
緊急聯絡人、監護人或附近親友 Emergency contact (Parents or guardian)	關係 Relationship	姓名 Name	電話(家) Phone (home)	電話(公) Phone (work)	行動電話 Cell phone No.
健康基本資料	※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 SLE (Lupus) <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 <input type="checkbox"/> 11.關節炎 Arthritis <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱 Allergy to : _____ <input type="checkbox"/> 6.腎臟病 Kidney disease <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> 18.其 他 Anything else ? _____				
	有過去病史者請續填If with medical history, please continue : 過去病史概況brief description of past medical history : _____ 目前是否仍須就醫still under medical treatment ? <input type="checkbox"/> 否, 已痊癒No, fully recovered <input type="checkbox"/> 否, 沒在治療No, not under any treatment <input type="checkbox"/> 是, 需定期回診Yes, regularly <input type="checkbox"/> 是, 需要時回診Yes, when necessary				
	領有重大傷病證明卡, 類別 Holder of Catastrophic Illness Certificate - Category: _____ 領有身心障礙手冊, 類別 Holder of Physical/Mental Disability Manual - Category: _____ 等級: <input type="checkbox"/> 極重度 Very serious <input type="checkbox"/> 重度 Serious <input type="checkbox"/> 中度 Moderate <input type="checkbox"/> 輕度 Mild				
生活型態	家族疾病史 Family medical history: 患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 relative with hereditary disease : _____ 疾病名稱 Name of disease _____				
	※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"/> 每天睡足7~8小時(7~8 hours or more) <input type="checkbox"/> 不足7~8小時(less than 7~8 hours) <input type="checkbox"/> 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"/> 都不吃(Never) <input type="checkbox"/> 有時吃 Seldom: _____ days <input type="checkbox"/> 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"/> 有(Yes) <input type="checkbox"/> 沒有(No) 4.過去一個月內, 吸菸行為(During the past month, did you smoke?): <input type="checkbox"/> 不吸菸(No) <input type="checkbox"/> 時常吸菸(Often) <input type="checkbox"/> 每天吸菸, _____支/天(Every day: # cigarettes per day) <input type="checkbox"/> 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"/> 不喝酒(No) <input type="checkbox"/> 時常喝酒(Often) <input type="checkbox"/> 每天喝酒, _____杯/天(Every day: # glasses per day) <input type="checkbox"/> 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"/> 不嚼食檳榔(No) <input type="checkbox"/> 時常嚼檳榔(Often) <input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔, _____粒/天(Every day, # quids per day) <input type="checkbox"/> 已戒除(Quit) 7.常覺得焦慮、憂慮嗎(Do you regularly feel worried or depressed)? <input type="checkbox"/> 沒有(No) <input type="checkbox"/> 很少(Seldom) <input type="checkbox"/> 時常(Often) 8.常覺得胸悶嗎(Do you regularly feel chest discomfort)? <input type="checkbox"/> 沒有(No) <input type="checkbox"/> 很少(Seldom) <input type="checkbox"/> 時常(Often) 9.常覺得胃痛嗎(Do you regularly feel stomach discomfort)? <input type="checkbox"/> 沒有(No) <input type="checkbox"/> 很少(Seldom) <input type="checkbox"/> 時常(Often) 10.常覺得頭痛嗎(Do you regularly have headaches)? <input type="checkbox"/> 沒有(No) <input type="checkbox"/> 很少(Seldom) <input type="checkbox"/> 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"/> 無(Haven't begun menstruation yet) <input type="checkbox"/> 有, 初經年齡: _____歲(Age at first period) (2)月經週期(Length of menstrual cycle)? <input type="checkbox"/> ≤20天(≤20 days) <input type="checkbox"/> 21-40天(21-40 days) <input type="checkbox"/> ≥41天(≥41 days) <input type="checkbox"/> 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"/> 沒有(No) <input type="checkbox"/> 輕微(Light pain) <input type="checkbox"/> 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"/> 每天至少一次(At least once every day) <input type="checkbox"/> 兩天(Once in 2 days) <input type="checkbox"/> 三天(Once in 3 days) <input type="checkbox"/> 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"/> 每天少於1小時(≤1 hour) <input type="checkbox"/> 每天約1-2小時(1-2 (less than)hours) <input type="checkbox"/> 每天約2-4小時(2-4 (less than) hours) <input type="checkbox"/> 每天約4-5小時(4-5 (less than) hours) <input type="checkbox"/> 每天約5小時或以上(≥5 hours)				
	自我健康評估 Self-rated health 1.過去一個月, 一般來說, 您認為您目前的健康狀況是 In general, during the past month, would you say your health is ? <input type="checkbox"/> 極好的 Excellent <input type="checkbox"/> 很好 Very good <input type="checkbox"/> 好 Good <input type="checkbox"/> 普通 Fair <input type="checkbox"/> 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 In general,during the past month, would you say your mental health is ? <input type="checkbox"/> 極好的 Excellent <input type="checkbox"/> 很好 Very good <input type="checkbox"/> 好 Good <input type="checkbox"/> 普通 Fair <input type="checkbox"/> 不好 Poor 3.近視是否超過 500 度 (Myopia>500): <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No ※目前有哪些健康問題? 請敘述:Do you currently have any health concerns? Please give details: _____				
為符合「學生健康檢查實施辦法」、「外國人停留居留及永久居留辦法」, 同意國立政治大學逕將本資料卡提供給本校身心健康中心與合約體檢醫院作為學生健康管理業務之用。According to Regulations for the Implementation of Health Examinations for Students and Regulations for Governing Visiting, Residency, and Permanent Residency of Aliens, I authorize NCCU to disclose the information on the Student Health Form to the NCCU Physical and Mental Health Center and the health examination contracted hospitals for student healthcare administration.					
簽名: _____					

學號 Student No.	姓名 Name		系所 Department														
健康檢查紀錄表 Health Examination Record						檢查醫事人員簽章 Examiner's Signature											
檢查日期 Date : 年 Year 月 Month 日 Day																	
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 min																	
視力檢查 Vision 裸視 Uncorrected : 左眼 Left _____ 右眼 Right _____																	
矯正視力 Corrected : 左眼 Left _____ 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 <input type="checkbox"/> 耳膜破損 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 Abnormally swollen <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"/> 溼疹 Eczema <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 Atopic dermatitis <input type="checkbox"/> 其他 Other : _____															
口腔 Oral	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 Poor oral hygiene <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 Abnormal Oral Mucosa <input type="checkbox"/> 牙結石 Calculus <input type="checkbox"/> 牙齦炎 Gingivitis <input type="checkbox"/> 牙周炎 Periodontitis <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 Dental malocclusion <input type="checkbox"/> 其他 Other : _____															
牙齒位置圖 Dentition status : C-齧齒 cavity X-缺牙 missing Δ-已矯治 filled ψ-阻生牙 impacted tooth Sp.-贅生牙 supernumerary tooth																	
Upper Right 右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Upper Left 左上
Lower Right 右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Lower Left 左下
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 (+)(-)					肌酸酐 Creatinine (mg/dl)											
	潛血 O.B. (+)(-)					尿酸 UA (mg/dl)											
	酸鹼值 pH					腎功能檢查 Renal function											
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 ($10^3/\mu\text{L}$)					麩胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT (U/L)											
	紅血球 RBC ($10^6/\mu\text{L}$)					麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT (U/L)											
	血小板 Platelet count ($10^3/\mu\text{L}$)					血清免疫學 Hepatitis B		B 型肝炎表面抗原 HBsAg									
	平均血球容積 MCV (fl)							B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs									
血球容積比 Hct (%)																	
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 Pleura 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"/> 其他 Other: _____				複查矯治、日期及備註： Further treatment, date, and comment:										
	____ 年 Year																
	____ 月 Month																
	____ 日 Day																
總評建議 Summary		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 體格缺點及建議 Physical defects and suggestions :				承辦檢查醫院簽章 Stamp of hospital/clinic where examination was done											