

# 國立清華大學學生健康資料卡

## National Tsing Hua University

學號 Student ID no.		身分證字號 ID no (Passport no.)		血型 Blood Type	
姓名 Name	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female	出生日期 Date of birth	年	月	日
科別系所 Department	系(所) <input type="checkbox"/> 四年制 Undergraduate <input type="checkbox"/> 碩士班 Master program Department <input type="checkbox"/> 博士班 Ph.D. program				
連絡住址 Address					
電話 Phone no.	電話 Phone no. _____ 行動電話 Cell phone no. _____ E-mail address: _____				
緊急聯絡人 Emergency Contact person	姓名 Name	1. _____	關係 Relationship	電話 Phone no.	( )
		2. _____			( )
	行動電話 Cell phone no.	1. _____		2. _____	
您是否接受上網查詢報告服務?(Do you want to refer your medical report in website?) <input type="checkbox"/> 同意(Yes) <input type="checkbox"/> 不同意(No) 簽名(Sign): _____ 女性請填寫:本人確定無懷孕, 接受 X 光檢查。[Female only]: I certify that I am NOT pregnant so I would accept Chest X-ray. <input type="checkbox"/> 同意(agree) <input type="checkbox"/> 不同意(disagree)					
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"/> 肺結核 Tuberculosis <input type="checkbox"/> 紅斑性狼瘡 Lupus erythematosus <input type="checkbox"/> 食物過敏 Allergic to food: _____ <input type="checkbox"/> 心臟病 Heart disease <input type="checkbox"/> 血友病 Hemophilia <input type="checkbox"/> 其他 Anything else? _____ <input type="checkbox"/> 肝炎 Hepatitis <input type="checkbox"/> 蠶豆病 G6PD deficiency <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 Polio <input type="checkbox"/> 三年內氣喘發作過(Yes, I got asthma within three years) <input type="checkbox"/> 關節炎 Arthritis <input type="checkbox"/> 海洋性貧血 Thalassemia <input type="checkbox"/> 腎臟病 Nephralgia <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 癌症 Cancer <input type="checkbox"/> 癲癇 Epilepsy <input type="checkbox"/> 重大手術 Major surgery: _____ <input type="checkbox"/> 代謝症候群 Metabolism Syndrome <input type="checkbox"/> 藥物過敏 Allergic to medicine: _____ <input type="checkbox"/> 精神疾病 mental disorder				
過去一年生活回顧	※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.睡眠時間(How many hours do you sleep a day?) <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.早餐習慣(Do you have breakfast): <input type="checkbox"/> 每天吃(Every day) <input type="checkbox"/> 偶而(Occasionally) <input type="checkbox"/> 不吃(No) 3.若以每周至少運動 3 次, 每次至少 30 分鐘為基準, 您做到了嗎? (Do you exercise at least 3 times a week and at least 30 minutes each time?) <input type="checkbox"/> 有(yes) <input type="checkbox"/> 沒有(No) 4.吸菸習慣(Do you smoke?): <input type="checkbox"/> 不吸菸(No) <input type="checkbox"/> 吸菸(Yes), 菸量約 _____支/天(cigarettes/day) 5.喝酒習慣(Do you drink?): <input type="checkbox"/> 不喝酒(No) <input type="checkbox"/> 偶而喝(Occasionally) <input type="checkbox"/> 時常喝酒(Often), 酒量約 _____杯/天(glasses/day) 6.嚼食檳榔(Do you chew betel nuts?): <input type="checkbox"/> 不嚼食檳榔(No) <input type="checkbox"/> 嚼食檳榔(Yes), 量約 _____粒/天(nuts /day) 7.常覺得焦慮、憂鬱嗎?(Do you feel anxious or depressed)? <input type="checkbox"/> 很少或沒有(Never or Seldom) <input type="checkbox"/> 偶而(Occasionally) <input type="checkbox"/> 時常(Often) 8.常覺得胸悶嗎(Do you feel suffocated)? <input type="checkbox"/> 很少或沒有(Never or Seldom) <input type="checkbox"/> 偶而(Occasionally) <input type="checkbox"/> 時常(Often) 9.常覺得胃痛嗎(Do you feel stomachache)? <input type="checkbox"/> 很少或沒有(Never or Seldom) <input type="checkbox"/> 偶而(Occasionally) <input type="checkbox"/> 時常(Often) 10.常覺得頭痛嗎(Do you feel headache)? <input type="checkbox"/> 很少或沒有(Never or Seldom) <input type="checkbox"/> 偶而(Occasionally) <input type="checkbox"/> 時常(Often) 11.有無月經痛(女生回答)(Do you have Painful periods "for ladies")? <input type="checkbox"/> 有(Yes) <input type="checkbox"/> 沒有(No)				
自我健康評估	整體而言, 您覺得自己的健康狀況與同年齡的人比較是(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 ※目前有哪些健康問題?請詳述(Please describe health-related problems if you have had)				

# 國立清華大學學生健康資料卡

## National Tsing Hua University

學號 Student ID no				姓名 Name				科系 Department																																																																																																				
檢查日期 Date				年 year				月 Mon				日 Day																																																																																																
檢查日期 Item				檢查結果 Result Of Exam																																																																																																								
General Exam 一般檢查	體格 Build				身高 Height				體重 Weight				體脂肪 Body Fat																																																																																															
	血壓 Blood Pressure				/ mmHg				腰圍 Waist				cm																																																																																															
	視力 Vision				裸視 Naked eye		右/R		左/L		矯正 Corrected		右/R		左/L																																																																																													
					辨色力 Color Blindness				<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal				聽力 Hearing Test		右 <input type="checkbox"/> /R 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal		左 <input type="checkbox"/> /L 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal																																																																																											
General Exam 口腔檢查	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="8">右</th> <th colspan="8">左</th> <th colspan="4"></th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></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> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></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> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																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																																																																																													
C=齶齒; X=缺牙; / =阻生牙; △=已矯治 <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																																																																																																												
Bio Exam 理學檢查	頭頸部 Head&Neck		淋巴腺 Lymph Node																																																																																																									
			甲狀腺 Thyroid Gland																																																																																																									
			其他 Other																																																																																																									
	胸部 Chest		心臟 Heart				<input type="checkbox"/> 無異常 Normal 心跳 Pulse Rate 次/分 <input type="checkbox"/> 心律不整 Arrhythmia <input type="checkbox"/> 心雜音 Heart murmur																																																																																																					
			肺臟 Lung				<input type="checkbox"/> 無異常 Normal <input type="checkbox"/> 氣喘 Asthma <input type="checkbox"/> 其他 Other																																																																																																					
	腹部 Abdomen				<input type="checkbox"/> 無異常 Normal <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 Splenohepatomegaly <input type="checkbox"/> 其他 Other																																																																																																							
	肌肉骨關節 Muscle&joint				<input type="checkbox"/> 無異常 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other																																																																																																							
	皮膚 Skin				<input type="checkbox"/> 無異常 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other																																																																																																							
其他 Other																																																																																																												
Urinalysis 尿液檢查	尿蛋白 protein		Hepatitis/Liver Function 肝炎肝功能				HBsAg		血液八項檢查																																																																																																			
	尿糖 Sugar						HBsAb		白血球 WBC /ul		HT %		MCHC g/dl																																																																																															
	酸鹼值 pH						HBeAg		紅血球 RBC 10 <sup>6</sup> /ul		MCV fl		血小板 10 <sup>3</sup> /ul																																																																																															
	尿潛血 O.B						SGOT		U/L 血色素 Hb g/dl		MCH pg																																																																																																	
	編號				SGPT		U/L		體格缺點及建議 Physical defects and suggestions																																																																																																			
					Renal Function Tests 腎功能		尿素氮 Bun										mg/dl																																																																																											
							肌肝酸 Cr										mg/dl																																																																																											
							尿酸 UA										mg/dl																																																																																											
					三酸甘油酯 TG		mg/dl																																																																																																					
					膽固醇 Cholesterol Total		mg/dl																																																																																																					
				空腹血糖 AC Sugar		mg/dl																																																																																																						
醫師簽章 Doctor's Signature				胸部 X 光攝影 Chest Radiograph																																																																																																								
矯治追蹤記錄 Records of treatment																																																																																																												
特殊記載 Remarks																																																																																																												