

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 B100d 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				Hepati ti s&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 ⁶ /ul		MCV fl		血小板 10 ³ /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																																																																																																												