

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 (yy / mm / dd)																						
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.																							
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)																											
個人 疾 病 史	<p>※經醫師診斷後, 目前藥物治療中或需門診追蹤之疾病,請打勾。 Please check if you currently have diseases that are under medical treatment or followed up at out patient department after seeking medical attention:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>無 No</td> <td><input type="checkbox"/>紅斑性狼瘡 Lupus erythematosus</td> <td><input type="checkbox"/>癌症 Cancer _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>心臟病 Heart disease</td> <td><input type="checkbox"/>血友病 Hemophilia</td> <td><input type="checkbox"/>精神疾病 mental disorder _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>腎臟病 Nephralgia</td> <td><input type="checkbox"/>關節炎 Arthritis</td> <td><input type="checkbox"/>重大手術 Major surgery: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>海洋性貧血 Thalassemia</td> <td><input type="checkbox"/>糖尿病 Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/>過敏物質 Allergic to: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>高血壓 Hypertension</td> <td><input type="checkbox"/>癲癇 Epilepsy</td> <td><input type="checkbox"/>其他 Anything else? _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>蠶豆病 G6PD deficiency</td> <td><input type="checkbox"/>氣喘 asthma</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>肺結核 Tuberculosis</td> <td><input type="checkbox"/>肝炎 Hepatitis</td> <td></td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> 無 No	<input type="checkbox"/> 紅斑性狼瘡 Lupus erythematosus	<input type="checkbox"/> 癌症 Cancer _____	<input type="checkbox"/> 心臟病 Heart disease	<input type="checkbox"/> 血友病 Hemophilia	<input type="checkbox"/> 精神疾病 mental disorder _____	<input type="checkbox"/> 腎臟病 Nephralgia	<input type="checkbox"/> 關節炎 Arthritis	<input type="checkbox"/> 重大手術 Major surgery: _____	<input type="checkbox"/> 海洋性貧血 Thalassemia	<input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> 過敏物質 Allergic to: _____	<input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension	<input type="checkbox"/> 癲癇 Epilepsy	<input type="checkbox"/> 其他 Anything else? _____	<input type="checkbox"/> 蠶豆病 G6PD deficiency	<input type="checkbox"/> 氣喘 asthma		<input type="checkbox"/> 肺結核 Tuberculosis	<input type="checkbox"/> 肝炎 Hepatitis	
<input type="checkbox"/> 無 No	<input type="checkbox"/> 紅斑性狼瘡 Lupus erythematosus	<input type="checkbox"/> 癌症 Cancer _____																									
<input type="checkbox"/> 心臟病 Heart disease	<input type="checkbox"/> 血友病 Hemophilia	<input type="checkbox"/> 精神疾病 mental disorder _____																									
<input type="checkbox"/> 腎臟病 Nephralgia	<input type="checkbox"/> 關節炎 Arthritis	<input type="checkbox"/> 重大手術 Major surgery: _____																									
<input type="checkbox"/> 海洋性貧血 Thalassemia	<input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> 過敏物質 Allergic to: _____																									
<input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension	<input type="checkbox"/> 癲癇 Epilepsy	<input type="checkbox"/> 其他 Anything else? _____																									
<input type="checkbox"/> 蠶豆病 G6PD deficiency	<input type="checkbox"/> 氣喘 asthma																										
<input type="checkbox"/> 肺結核 Tuberculosis	<input type="checkbox"/> 肝炎 Hepatitis																										
過 去 一 年 生 活 回 顧	<p>※請勾選最適合的選項:Choose the most appropriate answer applicable to you in the past one year~Please check:</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p>																										
自 我 健 康 評 估	<p>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</p>																										
	<p>※目前有哪些健康問題?請詳述(Please describe health-related problems if you have had)</p>																										

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																
檢查日期 Item		檢查結果 Result Of Exam																		
General Exam 一般檢查	體格 Build	身高 Height cm		體重 Weight kg	體脂肪 Body Fat %															
	血壓 B100d Pressure	/ mmHg		腰圍 Waist cm																
	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	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	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 ⁹ /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																				

