

國立臺灣海洋大學學生健康資料卡

NTOU Student Health Form

學號 Student ID No.		身分證字號 ID No. (Passport No.)	血型 Blood Type																					
姓名 Name		出生日期 Date of Birth	年 月 日 yyyy/mm/dd																					
性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female																							
國籍 Nationality	<input type="checkbox"/> 本地生 Local Students (本籍生免填居住地) <input type="checkbox"/> 僑生 Overseas Students 居住地: <input type="checkbox"/> 外籍生 International Students Contury																							
科別系所 Department	_____ 系 Department <input type="checkbox"/> 大學部 Bachelor <input type="checkbox"/> 碩士班 Master _____ 班 Class <input type="checkbox"/> 博士班 Ph.D. <input type="checkbox"/> 轉學生 Transfer Students																							
電話 Phone Number		手機號碼 Mobile Phone Number																						
聯絡住址 Address																								
電子信箱 E-mail Address																								
緊急聯絡人 Emergency Contact	姓名 Name		電話 Phone Number																					
	關係 Relationship		手機號碼 Mobile Phone Number																					
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) 簽名(Sign): _____ ※女性請填寫(Female only): 本人確定目前 沒有懷孕 ,所以我同意接受 X 光檢查。I confirm that I am not pregnant , and I agree to be examined chest x-ray inspection. 同意者請簽名 Signature: _____																								
※個人疾病史 Personal medical history: 請勾選本人曾患過的疾病: Please tick if you have had the following medical history.																								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. 無 None</td> <td><input type="checkbox"/> 6. 氣喘 Asthma</td> <td><input type="checkbox"/> 14. 癌症 Cancer: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. 肺結核 Tuberculosis</td> <td><input type="checkbox"/> 7. 癲癇 Epilepsy</td> <td><input type="checkbox"/> 15. 食物過敏 Food allergy: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. 心臟病 Heart disease</td> <td><input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 Lupus erythematosus</td> <td><input type="checkbox"/> 16. 藥物過敏 Drug allergy: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. 肝炎 Hepatitis: _____</td> <td><input type="checkbox"/> 9. 血友病 Hemophilia</td> <td><input type="checkbox"/> 17. 重大手術名稱 Major surgery: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. 腎臟病 Kidney disease: _____</td> <td><input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症 Favism (G6PD deficiency)</td> <td><input type="checkbox"/> 18. 心理或精神疾病 Mental Illness: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11. 關節炎 Arthritis</td> <td><input type="checkbox"/> 12. 糖尿病 Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> 19. 其他 Other: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13. 貧血 Anemia: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 1. 無 None	<input type="checkbox"/> 6. 氣喘 Asthma	<input type="checkbox"/> 14. 癌症 Cancer: _____	<input type="checkbox"/> 2. 肺結核 Tuberculosis	<input type="checkbox"/> 7. 癲癇 Epilepsy	<input type="checkbox"/> 15. 食物過敏 Food allergy: _____	<input type="checkbox"/> 3. 心臟病 Heart disease	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 Lupus erythematosus	<input type="checkbox"/> 16. 藥物過敏 Drug allergy: _____	<input type="checkbox"/> 4. 肝炎 Hepatitis: _____	<input type="checkbox"/> 9. 血友病 Hemophilia	<input type="checkbox"/> 17. 重大手術名稱 Major surgery: _____	<input type="checkbox"/> 5. 腎臟病 Kidney disease: _____	<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症 Favism (G6PD deficiency)	<input type="checkbox"/> 18. 心理或精神疾病 Mental Illness: _____	<input type="checkbox"/> 11. 關節炎 Arthritis	<input type="checkbox"/> 12. 糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> 19. 其他 Other: _____	<input type="checkbox"/> 13. 貧血 Anemia: _____		
<input type="checkbox"/> 1. 無 None	<input type="checkbox"/> 6. 氣喘 Asthma	<input type="checkbox"/> 14. 癌症 Cancer: _____																						
<input type="checkbox"/> 2. 肺結核 Tuberculosis	<input type="checkbox"/> 7. 癲癇 Epilepsy	<input type="checkbox"/> 15. 食物過敏 Food allergy: _____																						
<input type="checkbox"/> 3. 心臟病 Heart disease	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 Lupus erythematosus	<input type="checkbox"/> 16. 藥物過敏 Drug allergy: _____																						
<input type="checkbox"/> 4. 肝炎 Hepatitis: _____	<input type="checkbox"/> 9. 血友病 Hemophilia	<input type="checkbox"/> 17. 重大手術名稱 Major surgery: _____																						
<input type="checkbox"/> 5. 腎臟病 Kidney disease: _____	<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症 Favism (G6PD deficiency)	<input type="checkbox"/> 18. 心理或精神疾病 Mental Illness: _____																						
<input type="checkbox"/> 11. 關節炎 Arthritis	<input type="checkbox"/> 12. 糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> 19. 其他 Other: _____																						
<input type="checkbox"/> 13. 貧血 Anemia: _____																								
※過去一年生活回顧, 請勾選最合適的選項: Please choose the most appropriate answer applicable to you in the past one year.																								
1. 睡眠習慣 How many hours do you sleep a day? <input type="checkbox"/> 每日睡足 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. 有吃早餐的習慣嗎? Do you have breakfast regularly? <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 偶爾 Occasionally <input type="checkbox"/> 沒有 No																								
3. 若以每週至少運動 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 Smoking habits: <input type="checkbox"/> 不吸菸 No <input type="checkbox"/> 吸菸 Yes, 煙量一天約 _____ 根 Cigarettes/day.																								
5. 喝酒習慣 Alcohol drinking habits: <input type="checkbox"/> 不喝酒 No <input type="checkbox"/> 偶爾喝 Occasionally <input type="checkbox"/> 時常喝酒 Often, 一天約 _____ 杯 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, 嚼食量一天約 _____ 粒/day.																								
7. 常覺得焦慮、憂慮嗎? Do you feel anxious or depressed? <input type="checkbox"/> 很少或沒有 Few or No <input type="checkbox"/> 偶爾 Occasionally <input type="checkbox"/> 時常 Often																								
8. 常覺得胸悶嗎? Do you have suffocated? <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 偶爾 Occasionally <input type="checkbox"/> 時常 Often																								
9. 常覺得胃痛嗎? Do you have stomachache? <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 偶爾 Occasionally <input type="checkbox"/> 時常 Often																								
10. 常覺得頭痛嗎? Do you have headache? <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 偶爾 Occasionally <input type="checkbox"/> 時常 Often																								
11. 生理期時是否有經痛現象 Do you have painful menstrual periods? (女性請填寫 Female only) <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 偶爾 Occasionally <input type="checkbox"/> 時常 Often																								
※自我健康評估, 請勾選最合適的選項: Please choose the most appropriate answer applicable to your health.																								
1. 整體而言, 您覺得您的健康狀況與同年齡的人比較為何? How do you think of your health condition comparing with peers? <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 Slightly worse <input type="checkbox"/> 差 Worse																								
2. 整體而言, 您覺得您的心理健康狀況與同年齡的人比較為何? How do you think of your mental health condition comparing with peers? <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 Slightly worse <input type="checkbox"/> 差 Worse																								
3. 請詳述目前有哪些健康問題: Please describe your health related problems.																								

健康檢查紀錄表

Health Examination Record

學號 Student ID No.		姓名 Name		請貼2吋照片一張	
科別系所 Department					
檢查日期 Inspection Date	年(Y)	月(M)	日(D)		
一般檢查 General Exam					
身高 Height	cm	體重 Weight	kg		
血壓 Blood 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	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常 Abnormal			
口腔 Oral Cavity	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=齲齒 Dental Cavities; X=缺牙 Anodontia; /=阻生牙 Hinder; <input type="checkbox"/> =已矯正 Corrected <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 Bad Oral Hygiene <input type="checkbox"/> 牙結石 Dental Plaque <input type="checkbox"/> 咬合不正 Malocclusion <input type="checkbox"/> 牙周病 Periodontal Disease <input type="checkbox"/> 其它 Other _____				
理學檢查 Bio Exam					
頭頸部 Head&Neck	斜頸 orticollish	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 其它 Other _____			
	異常腫塊 Abnormal Mass	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 其它 Other _____			
	甲狀腺 Thyroid Gland	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 其它 Other _____			
胸部 Chest	心臟 Heart	<input type="checkbox"/> 心跳 Heart Rate _____ 次/分 Min <input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 心雜音 Heart Murmur <input type="checkbox"/> 心律不整 Cardiac Arrhythmia <input type="checkbox"/> 其它 Other _____			
	肺部 Lung	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 氣喘 Asthma <input type="checkbox"/> 其它 Other _____			
腹部 Abdomen	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 Splenohepatomegaly <input type="checkbox"/> 疝氣 Hernia <input type="checkbox"/> 其他 other _____				
肌肉骨關節 Muscles/Bones/Joints	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 其它 Other _____				
皮膚 Skin	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 其它 Other _____				
其他 Other	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 其它 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		HBeAg		白血球 WBC :	10 ³ /uL MCHC: G/dL
尿糖 Sugar		HBsAg		紅血球 RBC:	10 ⁶ /uL MCH: Pg
酸鹼值 PH		SGOT	U/L	血紅素 Hb :	g/uL Hct: %
潛血反應 O.B		SGPT	U/L	血小板 PLT:	10 ³ /uL MCV: fL
血脂肪 Lipid Exam		腎功能 Renal Function		體格缺點及建議 Physical defects and suggestions	
三酸甘油酯 Trilycerd	mg/dL	尿素 BUN	mg/dL		
總膽固醇 cholesterol	mg/dL	尿酸 UA	mg/dL		
血號 blood		肌酐酸 Cr	mg/dL		
矯治追蹤記錄 Records of treatment				醫師簽章 Doctor's Signature	