

國立政治大學學生健康資料卡

表單編號：QP-M14-04-01B

保存年限：7年

NCCU Student Health Form

填寫日期 Date: 年 月 日 (y/m/d)

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 male <input type="checkbox"/> 女 female	出生日期 Date of birth	年 月 日 (yy / mm / dd)
系別系所 Department	_____ 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		相片黏貼處 Attach photo here
連絡地址 Address		電話 Phone no.	

※為方便檢查追蹤，請留下 E-mail address:

行動電話 cell phone no.:

緊急聯絡人 Emergency contact person	姓名 Name	關係 Relationship	
	電話 Phone no.	行動電話 cell phone no.	

※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 (TB)	<input type="checkbox"/> 紅斑性狼瘡 Lupus erythematosus	<input type="checkbox"/> 小兒麻痺 Polio
<input type="checkbox"/> 心臟病 Heart disease	<input type="checkbox"/> 血友病 Hemophilia	<input type="checkbox"/> 海洋性貧血 Thalassemia
<input type="checkbox"/> 肝炎 Hepatitis	<input type="checkbox"/> 蠶豆症 G6PD deficiency	<input type="checkbox"/> 精神疾病 mental disorder
<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"/> 重大手術 Major surgery: _____
<input type="checkbox"/> 腎臟病 Nephralgia	<input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> 藥物過敏 Allergic to medicine: _____
<input type="checkbox"/> 癲癇 Epilepsy	<input type="checkbox"/> 癌症 Cancer	<input type="checkbox"/> 食物過敏 Allergic to food: _____
	<input type="checkbox"/> 代謝症候群 Metabolism Syndrome	<input type="checkbox"/> 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? 否，已痊癒 No, fully recovered 否，沒在治療 No, not under any treatment
是，需定期回診 Yes, regularly 是，需要時回診 Yes, when necessary

是否需要學校協助 Do you need medical assistance from NCCU?
否 No 是，我需要的協助是 Yes, please assist me in: _____

※請在家族患過的病史前打勾。 Please check if your families have ever had the medical history of:

<input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> 血友病 Hemophilia	<input type="checkbox"/> 其他 Other _____
<input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension	<input type="checkbox"/> 蠶豆症 G6PD deficiency	<input type="checkbox"/> 何種癌症? What kind of cancer? _____

※請勾選最適合的選項：Choose the most appropriate answer applicable to you in the past one year~Please check:

- 睡眠時間(How many hours do you sleep a day?):
每天睡足 7~8 小時(7~8 hours or more) 不足 7~8 小時(less than 7~8 hours) 時常失眠(Insomnia)
- 早餐習慣(Do you have breakfast?): 每天吃(Everyday) 偶而(Occasionally) 不吃(No)
- 運動習慣(How many times do you exercise a week?) 不運動(No) 有(yes), _____次/週 (times/week)
- 吸菸習慣(Do you smoke?): 不吸菸(No) 吸菸(Yes), 菸量約 _____支/天(cigarettes/day)
- 喝酒習慣(Do you drink?): 不喝酒(No) 偶而喝(Occasionally) 時常喝酒(Often), 酒量約 _____杯/天(glasses/day)
- 嚼食檳榔(Do you chew betel nuts?): 不嚼食檳榔(No) 嚼食檳榔(Yes), 量約 _____粒/天(nuts/day)
- 常覺得焦慮、憂慮嗎(Do you feel anxious or depressed)? 很少或沒有(Never or Seldom) 偶而(Occasionally) 時常(Often)
- 常覺得胸悶嗎(Do you feel suffocated)? 很少或沒有(Never or Seldom) 偶而(Occasionally) 時常(Often)
- 常覺得胃痛嗎(Do you feel stomachache)? 很少或沒有(Never or Seldom) 偶而(Occasionally) 時常(Often)
- 常覺得頭痛嗎(Do you feel headache)? 很少或沒有(Never or Seldom) 偶而(Occasionally) 時常(Often)
- 有無月經痛(女生回答)(Do you have Painful periods "for ladies")? 有(Yes) 沒有(No)
- 上床睡覺時間(以過去 2 個月為基準)(What time do you go to bed in the past two months?):
10~12 時(10pm~12am) 0~2 時(0am~2am) 2 時之後(after 2am)
- 宵夜習慣(Do you have night snacks?): 每天吃(Everyday) 偶而(Occasionally) 不吃(No)

Access your health condition:

- 整體而言，您覺得自己的健康狀況與同齡的人比較是(Comparing with people of your age, you feel your health condition is):
非常好 very good 稍微好 fairly good 沒有差別 average 稍微差 worse 非常差 very bad
- 近視是否超過 600 度 (Myopia>-600): 是 Yes 否 No
- 是否領有重大傷病卡(Do you have "IC Cards for Severe Illness")?
否 No
是 Yes, 類別 Type _____, 保險類別 Insurance Type
全民健保 National Health Insurance 學生團體保險 Student-group Insurance 其他 Others
- 是否領身心障礙手冊/殘障手冊? Do you have "Disability Card"?
否 No
是 Yes, 類別 Type _____, 等級 Grade 極重度 Extremely severe 重 Severe 中度 Moderate 輕度 Mild

※目前有那些健康問題?請詳述(Please describe health-related problems if you have had): _____

※為提供更完善的輔導與協助，本中心將(In order to offer perfect coaching and assistance, we will:

- 提供您的過去病史給相關輔導師長，您的相關權益並不會因為您同意與否而有所影響 offer the medical history, to tutors. Your relevant rights will not be affected by your agreement or not. 同意 agree 不同意 disagree
- 體檢報告自本學期開始改由網頁查詢。(非由本校合約醫院完成體檢者無此功能)The content of your physical examination can be searched from our website. (If your physical examination is not complete by NCCU contract hospital, the website search is not provided here.)

簽名 Sign: _____

健康檢查紀錄表

Health Examination Record

粗框內資料請詳細填寫

學號 Student Id No.		姓名 Name		科別系所 Department		
檢查日期 Date		年 Year		月 Mon		
檢查項目 Item		檢查結果 Results Of Exam.				
一般檢查 General Exam.	體格 Build	身高 Height	cm	體重 Weight	kg	
	血壓 Blood pressure	/ mmHg				
	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/R	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____		左/L	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____	
口腔 Oral Cavity	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 右 18 17 16 15 14 13 12 11 左 21 22 23 24 25 26 27 28 C=齶齒 Dental Cavities X=缺牙 Anodontia </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 /=阻生牙 Hinder <input type="checkbox"/>=已矯治 Corrected </div> <input type="checkbox"/> 牙周病 Periodontal Disease <input type="checkbox"/> 牙結石 Dental Plaque <input type="checkbox"/> 咬合不正 Malocclusion <input type="checkbox"/> 其他 Other _____					
理學檢查 Physical Exam.	耳部 Ear		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 Tonsil Enlargement <input type="checkbox"/> 其他 Other _____			
	頭頸部 Head & Neck	斜頸 Torticollis	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____			
		異常腫塊 Abnormal Mass	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____			
		甲狀腺 Thyroid Gland	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____			
	胸部 Chest	心肺疾病 Cardiac and Pulmonary disease	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal 心跳 Pulse Rate _____次/分(times/rate) <input type="checkbox"/> 心雜音 Heart murmur <input type="checkbox"/> 心律不整 Cardiac arrhythmia <input type="checkbox"/> 其他 Other _____			
		胸廓異常 Abnormal Thorax	<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 氣喘 Asthma <input type="checkbox"/> 其他 Other _____			
	腹部 Abdomen		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 Splenohepatomegaly <input type="checkbox"/> 其他 other _____			
脊柱四肢 Spine & Limb		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 肢體畸形 Limb deformity <input type="checkbox"/> 青蛙肢 Gluteal Maximum muscle contracture <input type="checkbox"/> 其他 Other _____				
皮膚 Skin		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____				
其他 Other		<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 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		HBsAg		白血球 WBC	10 ³ /uL MCV fL	
尿糖 Sugar		HBsAb		紅血球 RBC	10 ⁶ /uL MCH Pg	
酸鹼值 PH		HBeAg		血紅素 Hb	g/uL MCHC G/dL	
潛血反應 O.B		SGOT	U/L	Hct	% 血小板 Platelet 10 ³ /uL	
血號		SGPT	U/L	體格缺點及建議 Physical defects and suggestions:		
	腎功能 Renal function	尿素氮 BUN	mg/dL			
		肌酐酸 Cr	mg/dL			
		尿酸 UA	mg/dL			
		膽固醇 Cholesterol	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				<input type="checkbox"/> 無異狀 Normal <input type="checkbox"/> 其他 Other _____		
特殊記載 Remarks						