

# 開南大學學生健康資料卡

										學號										
學生基本資料	入學日期	年 月	系所、班(組)別							姓名										
	出生日期	年 月 日	血型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號													
	戶籍地址								學生本人行動電話											
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：																		
	緊急聯絡人、監護人或附近親友	關係	姓名	電話(家)		電話(公)			行動電話											
健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病										特殊疾病現況或應注意事項									
	<input type="checkbox"/> 1.無	<input type="checkbox"/> 2.肺結核	<input type="checkbox"/> 3.心臟病	<input type="checkbox"/> 4.肝炎	<input type="checkbox"/> 5.氣喘	<input type="checkbox"/> 6.腎臟病	<input type="checkbox"/> 7.癲癇	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 9.血友病	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症	<input type="checkbox"/> 11.關節炎	<input type="checkbox"/> 12.糖尿病	<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：	<input type="checkbox"/> 14.癌症：	<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：	<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：	<input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：	<input type="checkbox"/> 18.其他：	<input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要	
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別_____																			
	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別_____ 等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度																			
	若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，請主動告知並提供就診病歷摘要，以作為照護參考																			
家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____																				
生活型態	請勾選最合適的選項：										6. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？ <input type="checkbox"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 有時嚼檳榔									
	1. 過去7天內(不含假日)，睡眠習慣： <input type="checkbox"/> 每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> 不足7小時 <input type="checkbox"/> 時常失眠										<input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 已戒除									
2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> 都不吃 <input type="checkbox"/> 有時吃，吃_____天 <input type="checkbox"/> 每天吃：(9點前吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；9點後吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否)										7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常										
3. 過去7天內，你進行中等強度以上(活動時仍可交談，但無法唱歌)的運動、健身、交通和休閒性身體活動，累計1天至少10分鐘有幾天？ <input type="checkbox"/> 0天 <input type="checkbox"/> 1天 <input type="checkbox"/> 2天 <input type="checkbox"/> 3天 <input type="checkbox"/> 4天 <input type="checkbox"/> 5天 <input type="checkbox"/> 6天 <input type="checkbox"/> 7天										8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常										
4. 過去一個月內，你吸菸/煙(包括傳統紙菸、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形？ <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 有時吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> 每天吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> 已戒除。										9. 過去7天內，你多久排便一次？ <input type="checkbox"/> 每天至少一次 <input type="checkbox"/> 兩天 <input type="checkbox"/> 三天 <input type="checkbox"/> 四天以上										
5. 過去一個月內，你喝酒情形？ <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 有時喝酒 <input type="checkbox"/> 每天喝酒( <input type="checkbox"/> a2杯以上、 <input type="checkbox"/> b1杯、 <input type="checkbox"/> c不到1杯) <input type="checkbox"/> 已戒除，勾選「每天喝酒」者，需進一步選擇每天喝酒杯數，1杯的定義為啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml。										10. 過去7天內(不含假日)每日除了上課及作功課需要之外，你累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/> 不到2小時 <input type="checkbox"/> 約2-4小時 <input type="checkbox"/> 約4小時以上，_____小時										
										11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> 0次 <input type="checkbox"/> 1次 <input type="checkbox"/> 2次 <input type="checkbox"/> 3次以上										
										12. 在沒有牙痛或其他口腔不舒服的情況下，你多久會做一次口腔健康檢查？ <input type="checkbox"/> 每半年一次 <input type="checkbox"/> 每年一次 <input type="checkbox"/> 一年以上 <input type="checkbox"/> 從來沒有										
										13. 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 嚴重 <input type="checkbox"/> 不知道/拒答										
自我健康評估	1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？ <input type="checkbox"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/> 非常不好																			
	2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？ <input type="checkbox"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/> 非常不好																			
※ 目前有哪些健康問題？請敘述： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是																				

