

學生基本資料 Contact information	學號 Student No.	血型 Blood Type	身分證號 Passport No.
	姓名 Name	學生本人行動電話 Mobile no.	
	出生日期 Date of birth	年 月 日 (yyyy)/(mm)/(dd)	性別 Gender
	現居地址 Address	<input type="checkbox"/> 男(Male) <input type="checkbox"/> 女(Female)	
	科別系所 Department	系(所) Department <input type="checkbox"/> 學士班 Undergraduate <input type="checkbox"/> 學士後 Postgraduate program <input type="checkbox"/> 碩士班 Master program <input type="checkbox"/> 博士班 Ph.D. program	
緊急聯絡人、監護人或附近親友 Emergency Contact (parents/guardian)	關係 Relationship	姓名 Name	電話(家) Phone(Home)
			行動電話 Mobile no.
健康基本資料 Health information	個人疾病史：若有以下特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，請打勾，並主動提供就診病歷摘要，以作為照護參考。 If you are being treated for or recovering from any of the following or some other disease, please inform the medical personnel and also provide your medical records for the healthcare professional's references. If you do not have any of the diseases below, please tick "None".		
	<input type="checkbox"/> 1.無 None <input type="checkbox"/> 7.癲癇 Epilepsy <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病 Mental disorder : _____ <input type="checkbox"/> 2.肺結核 Tuberculosis <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 Lupus erythematosus <input type="checkbox"/> 14.癌症 Cancer : _____ <input type="checkbox"/> 3.心臟病 Heart disease <input type="checkbox"/> 9.血友病 Hemophilia <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血 Thalassemia <input type="checkbox"/> 4.肝炎 Hepatitis <input type="checkbox"/> 10.蠶豆症 Favism <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱 Major surgery: _____ <input type="checkbox"/> 5.氣喘 Asthma <input type="checkbox"/> 11.關節炎 Arthritis <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱 Allergic to: _____ <input type="checkbox"/> 6.腎臟病 Kidney disease <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 18.其他 Others : _____		
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別 Holder of Catastrophic Illness Certificate-Category _____ <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別 Holder of Physical/Mental Disability Manual-Category _____ 等級 Level：極重度 Very Serious 重度 Serious 中度 Moderate 輕度 Mild		
過去三個月生活型態 Lifestyle during last three months	家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 Family medical history:Relative who has hereditary disease _____， 疾病名稱 name of disease _____		
	※ 請勾選最合適的選項 Please tick the most suitable answer:		
	1. 睡眠習慣 Sleeping habit: <input type="checkbox"/> ①每日睡足7小時 7hrs/day <input type="checkbox"/> ②不足7小時 Less than 7hrs <input type="checkbox"/> ③時常失眠 Insomnia		
	2. 早餐習慣 Breakfast habit: <input type="checkbox"/> ①都不吃 No <input type="checkbox"/> ②有時吃 Occasionally, _____天 days <input type="checkbox"/> ③每天吃，幾點吃 Everyday, what time? _____點		
	3. 若以每週至少運動3次，每次至少30分鐘為基準，心跳達每分鐘130下，您做到了嗎?Have you exercised three times a week, for at least 30mins each time, and achieving a heartbeat rate of 130 bpm each time?: <input type="checkbox"/> ①有 Yes <input type="checkbox"/> ②沒有 No		
	4. 吸菸行為 Smoking habit: <input type="checkbox"/> ①不吸菸 Never <input type="checkbox"/> ②時常吸菸 Frequently <input type="checkbox"/> ③每天吸菸 Everyday, _____支/天# of cigarettes /day <input type="checkbox"/> ④已戒除 Quit		
	5. 喝酒行為 Drinking habit: <input type="checkbox"/> ①不喝酒 Never <input type="checkbox"/> ②時常喝酒 Frequently <input type="checkbox"/> ③每天喝酒 Everyday, _____杯/天 cup/day <input type="checkbox"/> ④已戒除 Quit (1杯的定義：啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml) (Def. of a cup:Beer 330ml、Wine 120ml、Spirits 45ml)		
	6. 嚼檳榔：Betel nuts chewing habit: <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 Never <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 Frequently <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 Everyday, _____粒/天 nuts/day <input type="checkbox"/> ④已戒除 Quit		
	7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎 Do you feel anxious or depressed? <input type="checkbox"/> ①沒有 No <input type="checkbox"/> ②很少 Seldom <input type="checkbox"/> ③時常 Frequently		
	8. 常覺得胸悶嗎 Do you feel chest discomfort? <input type="checkbox"/> ①沒有 No <input type="checkbox"/> ②很少 Seldom <input type="checkbox"/> ③時常 Frequently		
	9. 常覺得胃痛嗎 Do you regularly feel stomach discomfort? <input type="checkbox"/> ①沒有 No <input type="checkbox"/> ②很少 Seldom <input type="checkbox"/> ③時常 Frequently		
	10. 常覺得頭痛嗎 Do you regularly have headaches? <input type="checkbox"/> ①沒有 No <input type="checkbox"/> ②很少 Seldom <input type="checkbox"/> ③時常 Frequently		
	11. 月經情況 (女生回答) Menstrual history(women only) (1)初次月經 first period <input type="checkbox"/> ①無 No <input type="checkbox"/> ②有 Yes, 初經年齡 age : _____歲 yd (2)月經週期 Menstrual cycle? <input type="checkbox"/> ①≤20 天 days <input type="checkbox"/> ②21-40 天 days <input type="checkbox"/> ③≥41 天 days <input type="checkbox"/> ④不規律 (差異7天以上) irregular (difference is 7 days and above) (3)有無經痛現象 Any menstrual pain? <input type="checkbox"/> ①沒有 No <input type="checkbox"/> ②輕微 Mild <input type="checkbox"/> ③嚴重 Serious		
12. 排便習慣：多久排便一次 Defecation routine? <input type="checkbox"/> ①每天至少一次 At least once everyday <input type="checkbox"/> ②兩天 Two days <input type="checkbox"/> ③三天 Three days <input type="checkbox"/> ④四天以上 Four days and above			
13. 網路使用習慣：每日除了上課及作功課需要之外，累積網路使用的時間 Internet surfing habit:other than class or doing homework, how much time do you spend surfing the internet? <input type="checkbox"/> ①每天少於1小時 Less than 1hr a day <input type="checkbox"/> ②每天約1-2小時 1-2hrs a day <input type="checkbox"/> ③每天約2-4小時 2-4hrs a day <input type="checkbox"/> ④每天約4-5小時 4-5hrs a day <input type="checkbox"/> ⑤每天約5小時或以上 5hrs and above a day			
自我健康評估 Self evaluation	1.過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？For the past month,what do you think of your physical state? <input type="checkbox"/> ①極好的 Excellent <input type="checkbox"/> ②很好 Very good <input type="checkbox"/> ③好 Good <input type="checkbox"/> ④普通 Satisfactory <input type="checkbox"/> ⑤不好 Poor		
	2.過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？For the past month,what do you think of you mental state? <input type="checkbox"/> ①極好的 Excellent <input type="checkbox"/> ②很好 Very good <input type="checkbox"/> ③好 Good <input type="checkbox"/> ④普通 Satisfactory <input type="checkbox"/> ⑤不好 Poor		
	※ 目前有哪些健康問題？請敘述 Do you have any health-related problems? Please describe:		

自行至校外健檢-醫院
等級限地區級以上醫院

國立清華大學學生健康資料卡
National Tsing Hua University

科系 Department	檢查日期 Date	年 月 日 (yyy)/(mm)/(dd)
學號 Student No.	姓名 Name	

身高 Height : _____公分 cm 體重 Weight : _____公斤 kg 腰圍 Waistline : _____公分 cm

血壓 Blood pressure : _____ / _____ mmHg 脈搏 Pulse rate : _____ 次/分 times/min

視力檢查 Vision test	<input type="checkbox"/> 裸視 Uncorrected : 左眼 Left _____ 右眼 Right _____ <input type="checkbox"/> 矯正 Corrected : 左眼 Left _____ 右眼 Right _____
眼 Eye	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 辨色力異常 Color blindness <input type="checkbox"/> 其他 Others
耳鼻喉 ENT	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal 聽力異常 Hearing abnormal : <input type="checkbox"/> 左 L <input type="checkbox"/> 右 R <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎, 如: 耳膜破損 suspected otitis media'e.g., ear drum perforation <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 Swollen tonsils <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 Earwax embolism <input type="checkbox"/> 其他 Others
頭頸 Head&Neck	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 斜頸 Wry neck(torticollis) <input type="checkbox"/> 異常腫塊 Abnormal mass <input type="checkbox"/> 其他 Others
胸腔及外觀 Chest	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 心肺疾病 Cardiopulmonary disease <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Abnormal thorax <input type="checkbox"/> 心律不整 Arrhythmia <input type="checkbox"/> 心雜音 Heart munrmur <input type="checkbox"/> 其他 Others
腹部 Abdomen	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 異常腫大 Abnormal swollen <input type="checkbox"/> 其他 Others
脊柱四肢 Spine&limbs	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 肢體畸形 Limb deformity <input type="checkbox"/> 蹲距困難 Difficulty squatting <input type="checkbox"/> 其他 Others
泌尿生殖問診 Genitourinary system Inquiry	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 未檢查 Unchecked <input type="checkbox"/> 包皮異常 Abnormal foreskin <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 Varicocele <input type="checkbox"/> 其他 Others
皮膚 Skin	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 癬 Ringworm <input type="checkbox"/> 疥瘡 Scabies <input type="checkbox"/> 疣 Wart <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 Atopic dermatitis <input type="checkbox"/> 溼疹 Eczema <input type="checkbox"/> 其他 Others
口腔 Oral	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 Poor oral hygiene <input type="checkbox"/> 牙結石 Calculus <input type="checkbox"/> 牙齦炎 Gingivitis <input type="checkbox"/> 牙周炎 Periodontitis <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 Dental malocclusion <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 Abnormal Oral Mucosa <input type="checkbox"/> 其他 Others

口腔 檢查 Dentition status	牙齒位置圖 檢查代碼 Code	C-齶齒 C-cavity	E-待拔牙 to be extraction	△-已矯治 filled	/-阻生牙 impacted tooth	Sp.-贅生牙 supernumerary tooth												
	Teeth location						X-缺牙 X-missing											
	右上 Upper right	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上 Upper left
	右下 Lower right	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下 Lower left

實驗室檢查項目 Lab Exam	檢查結果 Result	實驗室檢查項目 Lab Exam	檢查結果 Result
血液常規檢查 Blood test	白血球 WBC (10 ³ /μL)	血脂 Blood lipid	總膽固醇 Cholesterol (mg/dl)
	紅血球 RBC (10 ⁶ /μL)		三酸甘油酯 TG (mg/dl)
	血色素 Hb (g/dl)		高密度膽固醇 HDL-C(mg/dl)
	血球容積比 Hct (%)		低密度膽固醇 LDL-C(mg/dl)
	平均血球容積 MCV (fl)	腎功能檢查 Renal function	尿素氮 BUN (mg/dl)
	血小板 PLT (10 ³ /μL)		肌酸酐 Cr. (mg/dl)
尿液檢查 Urinalysis	酸鹼值 PH	肝炎肝功能檢查 Hepatitis&Liver Function	尿酸 UA (mg/dl)
	尿蛋白 protein (+)(-)		麩胺酸草醋酸轉胺酶 GOT (U/L)
	尿糖 Sugar (+)(-)		麩胺酸丙酮酸轉胺酶 GPT (U/L)
其他 Others	潛血 O.B (+)(-)		B 型肝炎表面抗原 HBsAg
	飯前血糖 AC Sugar (mg/dl)		B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs
		B 型肝炎 e 抗原 HBeAg	

胸部 X 光檢查 Chest X-ray	檢查結果: Result <input type="checkbox"/> 無明顯異常 No obvious abnormality <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 R/O TB <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 TB-related Calcification <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 Bronchiectasis <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Abnormal thorax <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 Pleura cavity edema <input type="checkbox"/> 心臟肥大 Cardiomegalia <input type="checkbox"/> 其他 Others
-------------------------	---

總評建議 Summary & suggestion	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 有異狀, 需接受 Requires a consultation with a: _____ 科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議 Others :	承辦檢查醫院簽章 Stamp of hospital/clinic where examination was done
------------------------------	--	--