

學生基本資料 Basic 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	<input type="checkbox"/> 男(Male) <input type="checkbox"/> 女(Female)	
	現居地址 Address					
	科別系所 Department	系(所)		<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 Psychological or mental illness : _____ <input type="checkbox"/> 2.肺結核 Tuberculosis <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 SLE (Lupus) <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 G6PD deficiency <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 Allergy: _____ <input type="checkbox"/> 6.腎臟病 Kidney disease <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> 18.其他 Other : _____					
	<input type="checkbox"/> 高度近視 High myopia : 目前左右眼任一眼有沒有近視大於 500 度 Do you currently have myopia greater than 500 degrees (near-sightedness -5.00 diopters) in either eye?					
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病 (含罕見疾病) 證明卡 Holder of Catastrophic Illness (including Rare Disease) Certificate:-類別 Category: _____ <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊 Holder of Physical/Mental Disability Manual -類別 Category: _____ 等級 Level: <input type="checkbox"/> 1.輕度 Mild <input type="checkbox"/> 2.中度 Moderate <input type="checkbox"/> 3.重度 Severe <input type="checkbox"/> 4.極重度 Profound <input type="checkbox"/> 家族疾病史 Family medical/disease history: 患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 Relatives of family members suffering from major hereditary disorder: _____, 疾病名稱 Name of disease: _____					
生活型態 Regular Lifestyle	請勾選最合適的選項 Tick the boxes that best describe your lifestyle:					
	1. 過去 7 天內(不含假日), 睡眠習慣 How much did you sleep during the past 7 days (not including weekends, or days off)? <input type="checkbox"/> ①每日睡足 7 小時 ≥ 7 hours a day <input type="checkbox"/> ②不足 7 小時 < 7 hours a day <input type="checkbox"/> ③時常失眠 I suffer from insomnia					
	2. 過去 7 天內(不含假日), 早餐習慣 How often did you eat breakfast in the past 7 days (not including weekends, or days off)? <input type="checkbox"/> ①都不吃 Never <input type="checkbox"/> ②有時吃 Some day, _____ 天 days <input type="checkbox"/> ③每天吃 Every day: (<input type="checkbox"/> ⑨ 9 點前吃 Eat before 9:00; <input type="checkbox"/> ⑩ 9 點後吃 Eat after 9:00)					
	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? During the past 7 days, how many days did you do moderate/high intensity exercise (that is, you could talk but not sing while performing the exercise), such as sports, fitness, commuting, and recreational physical activities for at least 10 minutes each time per day? <input type="checkbox"/> ①0 days <input type="checkbox"/> ②1 day <input type="checkbox"/> ③2 days <input type="checkbox"/> ④3 days <input type="checkbox"/> ⑤4 days <input type="checkbox"/> ⑥5 days <input type="checkbox"/> ⑦6 days <input type="checkbox"/> ⑧7 days					
	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 During the past month, did you use tobacco (cigarettes, e-cigarettes, or iQOS)? <input type="checkbox"/> ①不吸菸 Not at all <input type="checkbox"/> ②有時吸菸 Some days -please tick (可複選 multiple choice: <input type="checkbox"/> ④傳統菸品 cigarettes、 <input type="checkbox"/> ⑤電子煙 e-cigarettes、 <input type="checkbox"/> ⑥加熱式菸品等 iQOS) <input type="checkbox"/> ③每天吸菸 Everyday-please tick (可複選 multiple choice: <input type="checkbox"/> ④傳統菸品 cigarettes、 <input type="checkbox"/> ⑤電子煙 e-cigarettes、 <input type="checkbox"/> ⑥加熱式菸品等 iQOS) <input type="checkbox"/> ④已戒除 I have quit					
	5. 過去一個月內, 你喝酒情形 During the past month, did you drink alcohol? <input type="checkbox"/> ①不喝酒 Not at all <input type="checkbox"/> ②有時喝酒 Some days <input type="checkbox"/> ③每天喝酒 Every day - please tick how many (<input type="checkbox"/> ② 2 杯以上 2 drinks or more、 <input type="checkbox"/> ③ 1 杯 1 drink、 <input type="checkbox"/> ④ 不到 1 杯 less than 1 drink) <input type="checkbox"/> ④已戒除 I have quit (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。Note: 1 'drink' means: 330 ml of beer, 120 ml of wine, or 45 ml of spirits)					
	6. 過去一個月內, 你嚼檳榔情形 During the past month, did you chew betel nut? <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 Not at all <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 Some days <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 Everyday <input type="checkbox"/> ④已戒除 I have quit					
	7. 常覺得憂鬱嗎 Do you feel depressed? <input type="checkbox"/> ①沒有 Not at all <input type="checkbox"/> ②有時 Sometimes <input type="checkbox"/> ③時常 Often					
	8. 常覺得焦慮嗎 Do you feel worried? <input type="checkbox"/> ①沒有 Not at all <input type="checkbox"/> ②有時 Sometimes <input type="checkbox"/> ③時常 Often					
	9. 過去 7 天內, 你多久排便一次 During the past 7 days, how often did you defecate? <input type="checkbox"/> ①每天至少一次 At least once a day <input type="checkbox"/> ②兩天 Once in 2 days <input type="checkbox"/> ③三天 Once in 3 days <input type="checkbox"/> ④四天以上 Once in 4 or more days					
	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 During the past 7 days (not including weekends, or days off), how many hours did you use the internet per day, apart from doing homework or in class? <input type="checkbox"/> ①不到 2 小時 less than 2 hours <input type="checkbox"/> ②約 2-4 小時 2-4 hours <input type="checkbox"/> ③約 4 小時以上 4 hours or more, _____ 小時 hours					
	11. 你通常一天刷牙幾次 How many times do you usually brush your teeth a day? <input type="checkbox"/> ①0 次 None <input type="checkbox"/> ②1 次 Once <input type="checkbox"/> ③2 次 Twice <input type="checkbox"/> ④3 次以上 3 or more times					
	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 How often do you have a dental checkup even if there's no toothache or other oral discomfort? <input type="checkbox"/> ①每半年一次 Once every 6 months <input type="checkbox"/> ②每年一次 Once a year <input type="checkbox"/> ③一年以上 More than one year <input type="checkbox"/> ④從來沒有 Never					
13. 月經情況 (女生回答): 有無經痛現象 Menstrual cycle - female students: Do you have painful menstrual periods? <input type="checkbox"/> ①沒有 No <input type="checkbox"/> ②輕微 Light pain <input type="checkbox"/> ③嚴重 Severe pain <input type="checkbox"/> ④不知道 Unknown/拒答 Declined to answer						
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 During the past month, how would you describe your health condition is? <input type="checkbox"/> ①非常好 Excellent <input type="checkbox"/> ②好 Good <input type="checkbox"/> ③一般 Average <input type="checkbox"/> ④不好 Fair <input type="checkbox"/> ⑤非常不好 Poor					
	2. 過去一個月, 一般來說, 您認為您目前的心理健康是 During the past month, how would you describe your mental health condition is? <input type="checkbox"/> ①非常好 Excellent <input type="checkbox"/> ②好 Good <input type="checkbox"/> ③一般 Average <input type="checkbox"/> ④不好 Fair <input type="checkbox"/> ⑤非常不好 Poor					
	※目前有哪些健康問題 Do you currently have any health concerns? : <input type="checkbox"/> 0.無 No <input type="checkbox"/> 1.有 Yes, 請敘述 是否需學校協助 Do you need the university/college to provide any assistance: <input type="checkbox"/> 0.否 No <input type="checkbox"/> 1.是 Yes					

自行至校外健檢-醫院
等級限地區級以上醫

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 vision deficiency <input type="checkbox"/> 其他 Others
耳鼻喉 ENT	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal 聽力異常 Hearing abnormality : <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, such as from a perforated ear drum <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 Swollen tonsils <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 Earwax embolism <input type="checkbox"/> 其他 Other :
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 murmur <input type="checkbox"/> 其他 Other :
腹部 Abdomen	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 異常腫大 Abnormal swelling <input type="checkbox"/> 其他 Other :
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 Other :
泌尿生殖 Urogenital system	<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 Other :
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 Other :
口腔 Oral Health Screening	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal 未治療齲齒 Untreated caries: <input type="checkbox"/> 0. 無 No <input type="checkbox"/> 1. 有 Yes 缺牙(因齲齒拔除)Missing tooth (been extracted due to caries): <input type="checkbox"/> 0. 無 No <input type="checkbox"/> 1. 有 Yes 已矯治牙齒 Filled tooth: <input type="checkbox"/> 0. 無 No <input type="checkbox"/> 1. 有 Yes 牙齦炎 Gingivitis: <input type="checkbox"/> 0. 無 No <input type="checkbox"/> 1. 有 Yes 牙結石 Dental calculus or tartar: <input type="checkbox"/> 0. 無 No <input type="checkbox"/> 1. 有 Yes <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 Poor oral hygiene <input type="checkbox"/> 咬合不正 Malocclusion <input type="checkbox"/> 其他 Other

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)	
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			
其他 Others			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"/> 胸廓異常 Abnormal thorax <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 心臟肥大 Cardiomegalia <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 Pleural effusion <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 Bronchiectasis <input type="checkbox"/> 肺浸潤 Pul. infiltration <input type="checkbox"/> 肺結節 Lung nodule <input type="checkbox"/> 其他 Other :
-------------------------	--

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 Other :	承辦檢查醫院簽章 Stamp of hospital/clinic where examination was done
------------------------------	---	--