

## 國立聯合大學學生健康資料卡

學號

學生基本資料	入學日期	年 月	就讀系所 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													
	現居地址													
	學生本人 行動電話					學生本人 E-mail				相片黏貼處 (1吋或2吋大頭照)				
	緊急聯絡 人、監護人 或附近親友	關係	姓名			電話(家)			電話(公)					
健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病													
	<input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 6. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 11. 關節炎 <input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____													
	<input type="checkbox"/> 2. 肺結核 <input type="checkbox"/> 7. 癲癇 <input type="checkbox"/> 12. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____													
	<input type="checkbox"/> 3. 心臟病 <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____ <input type="checkbox"/> 18. 其他：_____													
	<input type="checkbox"/> 4. 肝炎 <input type="checkbox"/> 9. 血友病 <input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____													
<input type="checkbox"/> 5. 氣喘 <input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血(地中海型貧血)														
高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於500度？ <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 不知道														
領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，類別：_____														
領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，類別：_____，等級： <input type="checkbox"/> 1. 輕度 <input type="checkbox"/> 2. 中度 <input type="checkbox"/> 3. 重度 <input type="checkbox"/> 4. 極重度														
特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有(請描述)：_____														
若有上述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： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____， <input type="checkbox"/> 2. 不知道														
生活型態	請勾選最合適的選項：													
	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													
	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)													
	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													
	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"/> 已戒除 <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)。													
	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"/> 2杯以上、 <input type="checkbox"/> 1杯、 <input type="checkbox"/> 不到1杯) <input type="checkbox"/> 4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45ml。													
	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 <input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 4已戒除													
	7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常													
	8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常													
	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"/> 4四天以上													
	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"/> 4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"/> 4不知道/拒答													
自我健康評估	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"/> 4不好 <input type="checkbox"/> 非常不好													
	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"/> 4不好 <input type="checkbox"/> 非常不好													
	目前有哪些健康問題？請敘述： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0. 否 <input type="checkbox"/> 1. 是													