

國立金門大學學生健康資料卡 (本頁請自行填寫)

相片

為確保個人隱私，本資料僅提供健康中心統計之用。

學生基本資料	姓名	系所班級	學號	身分證字號
	出生日期 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍	行動電話
	婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 其他		血型	全民健保卡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	戶籍縣市	填寫範例：新北市		
	緊急聯絡人姓名	關係	電話 (家)	行動電話
健康基本資料	<input type="checkbox"/> 1 無 <input type="checkbox"/> 2 呼吸系統疾病。診斷：_____ <input type="checkbox"/> 氣喘已痊癒 <input type="checkbox"/> 氣喘治療中 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 3 心血管系統疾病。診斷：_____ <input type="checkbox"/> 二尖瓣脫垂 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 4 消化系統疾病。診斷：_____ <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> B 型肝炎帶原 <input type="checkbox"/> C 型肝炎 <input type="checkbox"/> 5 神經系統疾病。診斷：_____ <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 6 免疫系統疾病。診斷：_____ <input type="checkbox"/> 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 7 內分泌系統疾病。診斷：_____ <input type="checkbox"/> 甲狀腺機能亢進 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 8 遺傳性疾病。診斷：_____ <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 地中海型貧血 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 9 泌尿系統疾病。診斷：_____		<input type="checkbox"/> 10 生殖系統疾病。診斷：_____ <input type="checkbox"/> 11 骨骼系統疾病。診斷：_____ <input type="checkbox"/> 12 肌肉系統疾病。診斷：_____ <input type="checkbox"/> 13 表皮系統疾病。診斷：_____ <input type="checkbox"/> 14 癌症。診斷：_____ <input type="checkbox"/> 15 心理或精神疾病。診斷：_____ <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 躁鬱症 <input type="checkbox"/> 強迫症 <input type="checkbox"/> 16 重大手術名稱：_____ <input type="checkbox"/> 17 長期服用藥，藥名：_____ <input type="checkbox"/> 18 藥物過敏，藥名：_____ <input type="checkbox"/> 19 其他。診斷：_____ <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 _____ 身心障礙等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度 特殊疾病現況或應注意事項請附病歷摘要提供校方留存。	
	過去一年生活回顧	1. 睡眠習慣： <input type="checkbox"/> ①每日睡足 7-8 小時 <input type="checkbox"/> ②不足 7-8 小時 <input type="checkbox"/> ③時常失眠 2. 早餐習慣： <input type="checkbox"/> ①每天吃 <input type="checkbox"/> ②偶爾 <input type="checkbox"/> ③不吃 3. 若以每週至少運動 3 次，每次至少 30 分鐘為基準；您做到了嗎： <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有 4. 吸菸習慣： <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②吸菸，菸量約 _____ 支/天 5. 喝酒習慣： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②偶爾喝 <input type="checkbox"/> ③時常喝酒，酒量約 _____ 杯/天 6. 嚼食檳榔： <input type="checkbox"/> ①不嚼食檳榔 <input type="checkbox"/> ②嚼食檳榔，量約 _____ 粒/天 7. 常覺得焦慮、憂慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①很少或沒有 <input type="checkbox"/> ②偶爾 <input type="checkbox"/> ③時常 8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②偶爾 <input type="checkbox"/> ③時常 9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②偶爾 <input type="checkbox"/> ③時常 10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②偶爾 <input type="checkbox"/> ③時常 11. 月經史（女生回答） (1) 初次月經年齡：_____ 歲 (2) 月經是否規律： <input type="checkbox"/> ①是(間隔日期 _____ 天) <input type="checkbox"/> ②否 (3) 有無經痛現象： <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有 <input type="checkbox"/> ③偶爾		
自我健康評估	1. 整體而言，你覺得自己的身體健康狀況與同年齡的人比較是： <input type="checkbox"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②稍微好 <input type="checkbox"/> ③沒有差別 <input type="checkbox"/> ④稍微差 <input type="checkbox"/> ⑤非常差			
	2. 整體而言，你覺得自己的心理健康狀況與同年齡的人比較是： <input type="checkbox"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②稍微好 <input type="checkbox"/> ③沒有差別 <input type="checkbox"/> ④稍微差 <input type="checkbox"/> ⑤非常差			
	※ 目前有哪些健康問題？請敘述：			

