

# 國立臺灣藝術大學學生健康檢查卡(自填)

※本頁之個人資料，請事先詳細填寫完整

學 號				身分證字號					血型																			
姓 名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期		年	月	日																			
科別系所	科系			年	班		轉系																					
聯絡住址							電話	( )																				
緊急聯絡人	姓名				關係			電話	( )																			
	行動電話							電話	( )																			
<p>★檢查結果：我已滿20歲，檢查結果 <input type="checkbox"/>同意通知家長 <input type="checkbox"/>不同意通知家長          我未滿20歲，檢查結果依規定通知家長。</p> <p>★女性同學請填寫：本人確定無懷孕並接受X光檢查。請簽名：_____</p> <p>★檢查結果除書面報告外，另提供上網查詢報告服務 <input type="checkbox"/>需要 <input type="checkbox"/>不需要</p>																												
健康 基 本 資 料	<p>個人疾病史：本人曾患過的疾病</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1. 無</td> <td><input type="checkbox"/>7. 癲癇</td> <td><input type="checkbox"/>13. 心理或精神疾病：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2. 肺結核</td> <td><input type="checkbox"/>8. 紅斑性狼瘡</td> <td><input type="checkbox"/>14. 癌症：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3. 心臟病</td> <td><input type="checkbox"/>9. 血友病</td> <td><input type="checkbox"/>15. 海洋性貧血：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>4. __型肝炎</td> <td><input type="checkbox"/>10. 蠶豆症</td> <td><input type="checkbox"/>16. 重大手術名稱：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>5. 氣喘</td> <td><input type="checkbox"/>11. 關節炎</td> <td><input type="checkbox"/>17. 過敏物質名稱：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>6. 腎臟病</td> <td><input type="checkbox"/>12. 第__型糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/>18. 其他：_____</td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 1. 無	<input type="checkbox"/> 7. 癲癇	<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____	<input type="checkbox"/> 2. 肺結核	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____	<input type="checkbox"/> 3. 心臟病	<input type="checkbox"/> 9. 血友病	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血：_____	<input type="checkbox"/> 4. __型肝炎	<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____	<input type="checkbox"/> 5. 氣喘	<input type="checkbox"/> 11. 關節炎	<input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____	<input type="checkbox"/> 6. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 12. 第__型糖尿病	<input type="checkbox"/> 18. 其他：_____	<p>特殊疾病現況或應注意事項</p> <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要	
	<input type="checkbox"/> 1. 無	<input type="checkbox"/> 7. 癲癇	<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____																									
	<input type="checkbox"/> 2. 肺結核	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____																									
	<input type="checkbox"/> 3. 心臟病	<input type="checkbox"/> 9. 血友病	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血：_____																									
<input type="checkbox"/> 4. __型肝炎	<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____																										
<input type="checkbox"/> 5. 氣喘	<input type="checkbox"/> 11. 關節炎	<input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____																										
<input type="checkbox"/> 6. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 12. 第__型糖尿病	<input type="checkbox"/> 18. 其他：_____																										
<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																												
<p>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。</p>																												
<p>家族疾病史：患有遺傳性疾病之家屬稱謂：_____， 疾病名稱：_____。</p>																												
過 去 一 年 生 活 回 顧	<p>※請勾選最合適的選項：</p>																											
	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，____天 <input type="checkbox"/> 每天吃，幾點吃？____點																											
	3. 過去一個月內（不含假日及寒暑假），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： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有																											
	4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 時常吸菸 <input type="checkbox"/> 每天吸菸，____支/天 <input type="checkbox"/> 已戒除																											
	5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 時常喝酒 <input type="checkbox"/> 每天喝酒，____杯/天 <input type="checkbox"/> 已戒除 （1杯的定義：啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml）																											
	6. 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔，____粒/天 <input type="checkbox"/> 已戒除																											
	7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常																											
	8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常																											
	9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常																											
	10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常																											
	11. 月經情況（女生回答）																											
	(1) 初次月經 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，初經年齡：____歲																											
	(2) 月經週期？ <input type="checkbox"/> ≤20天 <input type="checkbox"/> 21-40天 <input type="checkbox"/> ≥41天 <input type="checkbox"/> 不規律（差異7天以上）																											
(3) 有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 嚴重																												
12. 排便習慣：過去7天內，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																												
13. 網路使用習慣：過去7天內(不含假日)每日除了上課及作功課需要之外，累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/> 每天少於1小時 <input type="checkbox"/> 每天約1-2小時 <input type="checkbox"/> 每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> 每天約4-5小時 <input type="checkbox"/> 每天約5小時或以上																												
自 我 健 康 評 估	<p>整體而言，您覺得自己的健康狀況與同齡的人比較是：</p> <input type="checkbox"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 稍微好 <input type="checkbox"/> 沒有差別 <input type="checkbox"/> 稍微差 <input type="checkbox"/> 非常差																											
	<p>※目前有哪些健康問題？請敘述：</p>																											
	<p>※殘障項目：<input type="checkbox"/>視障 <input type="checkbox"/>聽障 <input type="checkbox"/>肢體殘障 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>※是否領有殘障手冊？<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p>																											

