

# 國立中山大學健康檢查記錄表 Health Examination Record

基於個人隱私權及個人資料保護法，您是否同意將體檢結果依輔導、醫療之需要送請相關單位追蹤輔導與關懷。 同意 不同意 簽名：\_\_\_\_\_

注意事項：  
①請持本表至公立醫院、醫學中心或區域醫院檢查。  
②本表未蓋醫院關防者無效。  
③請儘速健檢，因某些檢查項目(如B型肝炎檢查)，需時較久，約十至十四天始完成檢驗報告。  
④本表所列之項目均需檢查，並記錄檢驗結果後始註冊。

姓名 Name		身分證字號 ID/Passport Number															
系所 Department		學號 Student ID Number															
項目 Item		日期 Date				年 Year				月 Mon				日 Day			
一般檢查 General exam	體格 Build	身高 Height cm				體重 Weight Kg				腰圍 Waistline cm							
	血壓 Blood pressure	/				mmHg				脈搏 Pulse Rate 次/分							
	視力 Vision	裸視 Naked Eye		右 Right		左 left		矯正 Corrected		右 right		左 left					
		辨色力 Color Blindnes <input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 辨色力異常 Abnormal <input type="checkbox"/> 其他 Other															
理學檢查 physical Exam.	口腔 Oral cavity	牙齒位置圖 檢查代碼 C-齶齒 X-缺牙 △-已矯正 ψ-阻生牙 Sp.贅生牙 Dental Cavities Anodontia Corrected Hinder Supernumary Tooth															
		R.top 右上															L.top 左上
		右下 R.bottom															L.bottom 左下
		<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 Bad oral Hygiene <input type="checkbox"/> 牙結石 Dental Plaque <input type="checkbox"/> 牙齦炎 Gingivitis <input type="checkbox"/> 牙周炎 Periodontal Disease <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 Oral mucosa disturbances <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 Malocclusion <input type="checkbox"/> 其他 Other															
	耳鼻喉 Ear Nose Throat	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 聽力異常 Hear Abnormal <input type="checkbox"/> 左 Left <input type="checkbox"/> 右 Right <input type="checkbox"/> 其他 Other															
	頭頸 Head & Neck	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 斜頸 Torticollis <input type="checkbox"/> 異常腫塊 Abnormal Mass <input type="checkbox"/> 其他 Other															
	胸部 Chest	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 心肺疾病 Cardiac and Pulmonary disease <input type="checkbox"/> 心雜音 Heart murmur <input type="checkbox"/> 心律不整 Cardiac arrhythmia <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Thoracic Anomaly <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 Splenohepatomegoly <input type="checkbox"/> 其他 other															
	肌肉骨關節 Musculoskeletal System	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 肢體畸型 Limb deformity <input type="checkbox"/> 其他 other															
	皮膚 Skin	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 Atopic dematitis <input type="checkbox"/> 其他 other															
胸部X光 Chest Radiograph																	
實驗室檢查 Laboratory Exam.	尿液檢查 Urinalysis	尿糖 (glucose) :						酸鹼度 (PH值) :									
		尿蛋白 (protein) :						潛血 (occult blood) :									
	血液常規檢查 Complete Blood Count	白血球 (WBC) : K/ul						紅血球 (RBC) : M/ul									
		血色素 (Hb) : g/dl						血球容積比 (Hct) : %									
血清生化檢查 serum biochemistry	平均血球容積 (MCV) : FL						血小板 (Platelet) : K/ul										
	麩胺酸草醋酸轉胺酶 GOT : U/L						麩胺酸丙酮酸轉胺酶 GPT : U/L										
	血尿素氮 (BUN) : mg/dl						肌酸酐 (Creatinine) : mg/dl										
肝炎標記 Hepatitis Exa.	總膽固醇 (T-CHOL) : mg/dl						尿酸 (UA) : mg/dl										
	B型肝炎表面抗原 (HBsAg)						B型肝炎表面抗體 (HBsAb)										
醫師總評及建議 Suggestions								醫師簽章 Doctor's Signature									
矯治追蹤記錄 Records of treatment																	
特殊記載 Remarks																	

《背面資料請進入「學生註冊網頁或學務綜合資訊平台」詳填》

## 國立中山大學學生健康資料卡 NSYSU Student Health Form

《請進入「[學生註冊網頁](#)或[學務綜合資訊平台](#)」線上填寫》

填寫日期： 年 月 日

學號 student ID	身分證字號 ID No./Passport number				血型 Blood type
姓名 Name	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> female	出生日期 Date of birth	年 月 日	(yy/mm/dd)	
系所 Department					
聯絡住址 Address	電話 Phone No. ( )		手機 Cellphone number		
緊急聯絡人 Emergency contact person	姓名 Name	關係 Relationship	行動電話 Cellphone number	電話 Phone No.	( )



**過去病史 Personal Medical History**

個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病 Personal Health History : Please check if you have ever had the medical history of ?

<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 or psychological disease _____
<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 G6PD deficiency	<input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱 Major surgery you ever had _____
<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 medicine (food) _____
<input type="checkbox"/> 6. 腎臟病 Nephralgia	<input type="checkbox"/> 12. 糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> 18. 其他 Anything else _____

領有重大傷病證明卡，類別 \_\_\_\_\_  
Have major illness certificate? Type: \_\_\_\_\_

等級：極重度 Extremely severe 重度 Severe  
中度 Moderate 輕度 Mild

領有身心障礙手冊，類別 \_\_\_\_\_  
Have physcial disability handbook? \_\_\_\_\_

家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂， \_\_\_\_\_，疾病名稱 \_\_\_\_\_  
Family Medical History : Which ,if any, of your family members have hereditary medical conditions/illness? \_\_\_\_\_ Conditions/illness? \_\_\_\_\_

**生活型態 Personal Health Life History**

※請勾選最合適的選項：Choose the most appropriate answer applicable to you in the past one year?

- 睡眠習慣：每日睡足7小時 不足7小時 時常失眠  
How many hours do you sleep a day? 7 hours or more less than 7 hours insomnia
- 早餐習慣：都不吃 有時吃 每天吃，幾點吃？\_\_\_\_\_點  
Do you have breakfast? No Occasionally Everyday, what time? \_\_\_\_\_
- 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：有 沒有  
Do you exercise at least 3 times a week and at least 30 minutes each time? Yes No
- 吸菸行為：不吸菸 偶爾吸菸 每天吸菸，\_\_\_\_\_支/天 已戒除  
Do you smoke? No Occasionally Everyday, \_\_\_cigarettes/day Quit  
\*您若抽菸希望為您提供戒菸資訊嗎？願意 不願意  
\*If you smoke, do you want to be provided with information to help you quit smoking? Yes No
- 喝酒行為：不喝酒 偶爾喝酒 每天喝酒，\_\_\_\_\_杯/天 已戒除  
Do you drink? No Occasionally Everyday, \_\_\_glasses/day Quit
- 嚼食檳榔：不嚼檳榔 偶爾嚼檳榔 每天嚼檳榔，\_\_\_\_\_粒/天 已戒除  
Do you chew betel nuts? No Occasionally Everyday, \_\_\_seed/day Quit
- 常覺得焦慮、憂慮嗎？沒有 很少 時常  
Do you feel anxious or depressed? Never Seldom Often
- 常覺得胸悶嗎？沒有 很少 時常  
Do you feel suffocated? Never Seldom Often
- 常覺得胃痛嗎？沒有 很少 時常  
Do you have stomachache? Never Seldom Often
- 常覺得頭痛嗎？沒有 很少 時常  
Do you have headache? Never Seldom Often
- 月經情況(女生回答)：Menstrual period history(female students only)  
(1)初次月經年齡：\_\_\_\_\_歲  
At what age did you have first menstrual period? \_\_\_\_\_  
(2)月經是否規律？是(間隔日期\_\_\_\_\_天) 否  
Do you have regular period cycles? Yes (Interval \_\_\_days) No  
(3)有無經痛現象？沒有 有 偶爾  
Do you suffer from menstrual cramps? No Yes Sometimes
- 排便習慣：每天至少一次 兩天 三天 四天以上  
Bowel habits: How often do you defecate? At least 1 time a day 2day 3day over 4 day
- 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？  
Internet using habit: the past 7 days (not included the weekend), exclude daily studying needs, how many hours had you surfed on the Internet?  
每天少於1小時 每天約1-2小時 每天約2-4小時 每天約4-5小時 每天約5小時或以上  
Less than an hour per day. 1-2 hours per day. 2-4 hours per day 4-5 hours per day. 5 or more hours per day.

**自我健康評估 Self Assessment**

- 一般來說，您認為您目前的健康狀況是？非常好 稍微好 沒有差別 稍微差 非常差  
How do you feel about your physical health condition? Very good Fairly good Averge Worse Very bad
- 一般來說，您認為您目前的心理健康是？非常好 稍微好 沒有差別 稍微差 非常差  
How do you feel about your mental health condition? Very good Fairly good Averge Worse Very bad

※目前有哪些健康問題？請敘述？Please describe health-related problems if you have had.