

國立雲林科技大學

112 學年度第 2 學期新生健康檢查須知

一、法源依據說明

依教育部及衛生福利部會銜發布之「學生健康檢查實施辦法」與本校「新生健康檢查實施要點」規定，每位同學皆必須接受學生健康檢查。

二、實施對象

本校所有新生。

三、實施辦法

(一) 新生健康檢查項目需依據本校【學生健康資料卡】第 2 頁內容受檢。

(二) 本校【學生健康資料卡】列印連結。 

(三) 請持本校學生健康資料卡自行前往醫療機構體檢：建議至健康檢查醫療機構受檢(僅供參考)。 

四、檢查注意事項

(一) 自行雙面列印本校【學生健康資料卡】並填妥第 1 頁資料，於檢查當天務必攜帶至醫療院所。

(二) 檢查前三天請維持正常作息、勿暴飲暴食、勿劇烈運動。

(三) 檢查當日是否須空腹視醫療機構之規定。

(四) 慢性病患者或正在服用藥物中，當日可正常服藥；如您為糖尿病患者請諮詢您的醫生是否停藥。

(五) 如遇身體不適、生理期，請告知醫院工作人員。

(六) 避免穿著金屬物件(鈕扣、項鍊、亮片等)之上衣；懷孕或備孕者應告知醫院工作人員。

(七) 不要配戴隱形眼鏡。

五、健康檢查報告繳交：

(一) 請最遲應於 **113 年 3 月 4 日**前將健康檢查報告繳交至學生活動中心 1 樓衛生教育組辦公室。

(二) 須繳交 6 個月內之健康檢查報告(**112 年 8 月 19 日後之檢查報告**)。

(三) 依據本校「國立雲林科技大學新生健康檢查實施要點」第六條，未如期繳交健康檢查報告者，將依學生獎懲辦法進行處置。

六、如有相關問題，請洽詢學務處衛生教育組高珊婷護理師 / 專線電話 05-552-4106

國立雲林科技大學 學生健康資料卡

學生基本資料	姓名		身分證字號		出生日期	年 月 日	
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血型	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> AB型 <input type="checkbox"/> O型	行動電話		
	學號		入學日期	年 月	系所		
	緊急聯絡人 監護人或附近親友		關係	姓名		行動電話	
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"/> 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.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.糖尿病 <input type="checkbox"/> 18.其他：						
	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(請描述)：_____						
	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：_____							
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"/> ①每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> ②不足7小時 <input type="checkbox"/> ③時常失眠 2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> ④都不吃 <input type="checkbox"/> ①有時吃，____天 <input type="checkbox"/> ②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"/> ④0天 <input type="checkbox"/> ①1天 <input type="checkbox"/> ②2天 <input type="checkbox"/> ③3天 <input type="checkbox"/> ④4天 <input type="checkbox"/> ⑤5天 <input type="checkbox"/> ⑥6天 <input type="checkbox"/> ⑦7天 4. 過去一個月內，你吸菸/煙(包括傳統菸品、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情況？ <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②已戒除 <input type="checkbox"/> ③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"/> ④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"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②有時喝酒 <input type="checkbox"/> ③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330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml) 6. 過去一個月內，你嚼檳榔的情形？ <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ④已戒除 7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ④沒有 <input type="checkbox"/> ①有時 <input type="checkbox"/> ②時常 8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ④沒有 <input type="checkbox"/> ①有時 <input type="checkbox"/> ②時常 9. 過去7天內，你多久排便一次？ <input type="checkbox"/> ①每天至少一次 <input type="checkbox"/> ②兩天 <input type="checkbox"/> ③三天 <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"/> ①不到2小時 <input type="checkbox"/> ②約2-4小時 <input type="checkbox"/> ③約4小時以上，_____小時 11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> ④0次 <input type="checkbox"/> ①1次 <input type="checkbox"/> ②2次 <input type="checkbox"/> ③3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"/> ①每半年一次 <input type="checkbox"/> ②每年一次 <input type="checkbox"/> ③一年以上 <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"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重 <input type="checkbox"/> ④不知道/拒答						
	1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？ <input type="checkbox"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好 2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？ <input type="checkbox"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好						
	※ 目前有哪些健康問題？ <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請敘述：_____；是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是						
	自我健康評估						

進食 _____ 生理期 懷孕 疑懷孕

健康編號： _____ 建卡日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

全身檢查項目		檢查日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日，檢查結果登錄（請勾選）				檢查醫事人員 簽章			
身高： _____ 公分		體重： _____ 公斤		腰圍： _____ 公分					
血壓： _____ / _____ mmHg		脈搏： _____ 次/分							
視力檢查		裸視：右眼 _____ 左眼 _____		矯正視力：右眼 _____ 左眼 _____					
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他 _____							
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耳聾堵塞 <input type="checkbox"/> 其他							
頭頸	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他							
胸腔及外觀	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他							
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他							
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他							
皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他							
口腔	未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 牙齦炎※： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 牙結石※： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他								
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 _____ 科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議： _____					承辦檢查醫院簽章			
實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果		實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果	
			異常註記	追蹤				異常註記	追蹤
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)				腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)			
	尿糖 (+)(-)					尿酸 (mg/dl)			
	潛血 (+)(-)					血尿素氮 (mg/dl) ※			
	酸鹼值				肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)			
血液常規檢查	血色素 (g/dl)				血脂肪	麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)			
	白血球 (10 ³ /μL)					總膽固醇 (mg/dl)			
	紅血球 (10 ⁶ /μL)					高密度脂蛋白膽固醇 (mg/dl)			
	血小板 (10 ³ /μL)					低密度脂蛋白膽固醇 (mg/dl)			
	平均血球容積 MCV(fl)					三酸甘油脂 (mg/dl)			
	血球容積比 Hct(%) ※				其他	血糖			
胸部X光檢查	檢查日期	檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 疑似懷孕或懷孕，故拒絕此項檢查，請簽名： _____					複查矯治、日期及備註：		
臨時性檢查	檢查名稱	檢查日期	檢查單位	檢查結果	轉介複查追蹤及備註				
健康管理綜合紀錄	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄								