

國立雲林科技大學

113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、**健康檢查實施對象**：本校所有新生、轉學生、復學生(休學前未繳交健康檢查報告者)。

三、**健康檢查實施方式**：自行預約前往醫療機構健檢。

(一)請將附件一「國立雲林科技大學學生健康檢查資料卡」採用 A4 紙雙面列印，並攜帶至醫療院所進行健檢。

(二)建議健康檢查醫療機構(僅供參考)。



(三)學校規定之健檢項目含口腔(牙齒)檢查，若您檢查之醫療院所沒有提供該項檢查，需另行至牙科診所檢查。

(四)如您已接受其他健檢，請檢視下列三項規定方可繳交該份健檢報告：

1. 健康檢查報告內容須包含學校規定之項目(詳見學生健康資料卡第 2 頁)。
2. 健康檢查報告日期須為 6 個月內(即 113 年 8 月 17 日後)。
3. 將本校學生健康資料卡下載列印，第 1 頁資料填寫完畢後併健檢報告繳交。

四、健康檢查報告繳交方式：

(一)到校繳交：繳交地點為本校學生活動中心 1 樓衛生教育組，繳交時間為週一~週五上午 09:00~12:00；下午 13:00~16:30。

(二)郵寄掛號繳交：雲林縣斗六市大學路三段 123 號學務處衛生教育組高珊婷護理師收。

五、健康檢查報告繳交期限：

(一)請於開學二週內(114 年 3 月 3 日前)繳交，逾期繳交者將依本校學生獎懲辦法處理。

(二)如您為校內住宿生，於入住學校宿舍前須先完成報告繳交。

六、健康檢查注意事項：

(一)檢查前三天請維持正常作息、勿暴飲暴食、勿劇烈運動。

(二)檢查當日是否須空腹視該醫療機構之規定。

(三)如遇身體不適、生理期，請告知醫療機構工作人員。

(四)懷孕或備孕者不可接受 X 光檢查，務必告知醫療機構工作人員。

七、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

113年11月28日修訂

學生基本資料	入學日期	年 月	系所	學號
	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
	戶籍地址			
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：		
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.蠱豆症	<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：_____
				<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"/> 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"/> ①都不吃 <input type="checkbox"/> ②有時吃，____天 <input type="checkbox"/> ③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"/> ①0天 <input type="checkbox"/> ②1天 <input type="checkbox"/> ③2天 <input type="checkbox"/> ④3天 <input type="checkbox"/> ⑤4天 <input type="checkbox"/> ⑥5天 <input type="checkbox"/> ⑦6天 <input type="checkbox"/> ⑧7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"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常			
	8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③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"/> ①0次 <input type="checkbox"/> ②1次 <input type="checkbox"/> ③2次 <input type="checkbox"/> ④3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			
自我健康評估	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				

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			
	<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： <input type="checkbox"/> 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	未治療齙齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 缺牙(因齙齒拔除)： <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						
實驗室檢查項目		檢查結果	異常註記	實驗室檢查項目		檢查結果	異常註記
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)			其他	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(%)			血糖			
胸部 X 光檢查	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：	
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	
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						