



學生資料 Contact information	入學日期 Date of Entry	年 月 (yy) / (mm)	姓名 Name	身分證號 ID No.		
	出生日期 Date of Birth	年 月 日 (yy) / (mm) / (dd)	性別 Sex <input type="checkbox"/> 男(m) <input type="checkbox"/> 女(f)	學號 Student No.	學生本人行動電話 Cell phone No.	
	科系、班(組)別 Dept./Institute/Class	<input type="checkbox"/> 陽明校區 <input type="checkbox"/> 交大校區		<input type="checkbox"/> 大學部 Undergraduate <input type="checkbox"/> 碩士班 Master <input type="checkbox"/> 博士班 Ph.D		
	現居地址 Mailing Address					
健康基本資料 Health information	緊急聯絡人、監護 人或附近親友 Emergency Contact (parents/guardian)	關係 Relationship	姓名 Name	電話(家)Phone(Home)	行動電話 Cell Phone No.	
	個人疾病史：若有以下特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，請打勾，並主動提供就診病歷摘要，以作為照護參考。 If you are being treated for or recovering from any of the following disease, please inform the medical personnel and also provide your medical records for the healthcare professional's references. If you do not have any of the disease below, please click "None".					
	<input type="checkbox"/> 1.無 None <input type="checkbox"/> 2.肺結核 Tuberculosis <input type="checkbox"/> 3.心臟病 Heart disease <input type="checkbox"/> 4.肝炎 Hepatitis <input type="checkbox"/> 5.氣喘 Asthma <input type="checkbox"/> 6.腎臟病 Kidney disease <input type="checkbox"/> 7.癲癇 Epilepsy <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 SLE( Lupus ) <input type="checkbox"/> 9.血友病 Hemophilia <input type="checkbox"/> 10.蠶豆症 G6PD deficiency <input type="checkbox"/> 11.關節炎 Arthritis Hemophilia <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病 Mental disorder : _____ <input type="checkbox"/> 14.癌症 Cancer : _____ <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血 Thalassemia : _____ <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱 Major surgery : _____ <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱 Allergic to : _____ <input type="checkbox"/> 18.其他 Others : _____					
生活型態 Lifestyle	1. <input type="checkbox"/> 已痊癒 Completely recovered 2. 門診追蹤 Consult outpatient concerned : <input type="checkbox"/> 需要 Required <input type="checkbox"/> 不需要 Not Required <input type="checkbox"/> 必要時才去 As occasion demands 3. 門診多久一次 Periodic outpatient therapy : <input type="checkbox"/> _____週 time(s)/week <input type="checkbox"/> _____月 time(s)/month <input type="checkbox"/> _____年 time(s)/year 4. 藥物治療 Drug treatment : <input type="checkbox"/> 需要 yes <input type="checkbox"/> 不需要 no 5. 服藥情形 I take the medicine : <input type="checkbox"/> 每天服藥 Everyday <input type="checkbox"/> 症狀明顯，才需要服藥 when there is symptoms 6. 已了解疾病並可自我照顧 I am well acquainted with this ailments and : <input type="checkbox"/> 是 I can <input type="checkbox"/> 否 can't take care of myself 7. 需要校內資源協助(如校醫門診、慢性處方籤、衛教諮詢、心理諮商等) : <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡，類別 Holder of Catastrophic Illness Certificate-Category , <input type="checkbox"/> 無 no <input type="checkbox"/> 有 yes (請描述 Please describe) _____ 領有身心障礙手冊，類別 Holder of Physical/Mental Disability Manual-Category _____ 等級 Level : <input type="checkbox"/> 極重度 Very Serious <input type="checkbox"/> 重度 Serious <input type="checkbox"/> 中度 Moderate <input type="checkbox"/> 輕度 Mild 家族疾病史 , <input type="checkbox"/> 無 no <input type="checkbox"/> 有 yes <input type="checkbox"/> 不知道 unknown 患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 Family medical history : relative with hereditary disease _____ 疾病名稱 Name of disease _____					
	※請勾選最合適的選項 Tick the box that best describes your lifestyle: 1. 過去七天內(不含假日)，睡眠習慣 How much did you sleep during the past 7 days (not including weekends, or days off) ? : <input type="checkbox"/> ①每日睡足七小時 ≥7hrs/day <input type="checkbox"/> ②不足 7 小時 <7hrs a day <input type="checkbox"/> ③時常失眠 I suffer from insomnia 2. 過去七天內(不含假日)，早餐習慣: How many days did you eat breakfast during the past 7 days (not including weekends, or days off) ? : <input type="checkbox"/> ①都不吃 Never <input type="checkbox"/> ②有時吃 Some days: _____ 天 Days <input type="checkbox"/> ③每天吃 Everyday: (9 點前吃 Eat before 9:00 <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No; 9 點後吃 Eat after 9:00 <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No) 3. 過去七天內，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 ? During the past 7 days, how many days did you do moderate/high intensity exercise (that is, you could talk but not sing while performing the exercise), such as sports, fitness, commuting, and recreational physical activities for at least 10 minutes each time per day? <input type="checkbox"/> ①0 天 day <input type="checkbox"/> ②1 天 day <input type="checkbox"/> ③2 天 days <input type="checkbox"/> ④3 天 days <input type="checkbox"/> ⑤4 天 days <input type="checkbox"/> ⑥5 天 days <input type="checkbox"/> ⑦6 天 days <input type="checkbox"/> ⑧7 天 days 4. 過去一個月內，吸菸/煙(包括傳統紙煙、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形: During the past month, did you smoke (cigarettes, e-cigarettes, or iQOS)? <input type="checkbox"/> ①不吸菸 NO <input type="checkbox"/> ②時常吸菸-請選擇 Some days-please tick : <input type="checkbox"/> ②a cigarettes <input type="checkbox"/> ②b 電子煙 e-cigarettes <input type="checkbox"/> ②c iQOS (multiple choice) <input type="checkbox"/> ③每天吸菸-請選擇 Everyday-please tick : <input type="checkbox"/> ③a 傳統紙煙 cigarettes <input type="checkbox"/> ③b 電子煙 e-cigarettes <input type="checkbox"/> ③c 加熱式菸 iQOS (multiple choice) <input type="checkbox"/> ④已戒除 Quit 5. 過去一個月內，喝酒情形: During the past month, did you drink alcohol? <input type="checkbox"/> ①不喝酒 NO <input type="checkbox"/> ②時常喝酒 Some days <input type="checkbox"/> ③每天喝酒-請選擇 Every day- please tick how many: <input type="checkbox"/> ③a 兩杯或以上 2 drinks or more <input type="checkbox"/> ③b 一杯 1 drink <input type="checkbox"/> ③c 少於一杯 less than 1 drink <input type="checkbox"/> ④已戒除 Quit (1 杯的定義: 啤酒 330ml、葡萄酒 120ml、烈酒 45ml)(Note: "one drink" means: beer 330ml, wine 120ml, liquor 45ml) 6. 過去一個月內，嚼檳榔: During the past month, did you chew betel nut? <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 No <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 Some days <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 Everyday _____ 粒/天 quids per day <input type="checkbox"/> ④已戒除 Quit 7. 常覺得憂鬱嗎 Do you feel depressed? <input type="checkbox"/> ①沒有 Not at all <input type="checkbox"/> ②很少 Sometimes <input type="checkbox"/> ③時常 Often 8. 常覺得焦慮嗎 Do you regularly feel worries? <input type="checkbox"/> ①沒有 Not at all <input type="checkbox"/> ②很少 Sometimes <input type="checkbox"/> ③時常 Often 9. 過去七天內，你多久排便一次? During the past 7 days, how often did you defecate? <input type="checkbox"/> ①每天至少一次 At least once a day <input type="checkbox"/> ②兩天 once in 2 days <input type="checkbox"/> ③三天 Once in 3 days <input type="checkbox"/> ④四天以上 Once in 4 or more days 10. 過去七天內(不含假日)每天除了上課及做功課需要之外，你上網使用時間? During the past 7 days (not including weekends, or days off), how many hours did you use the internet everyday, apart from when doing homework or in class? <input type="checkbox"/> ①不到兩小時 less than 2 hours <input type="checkbox"/> ②約 2-4 小時 hours <input type="checkbox"/> ③約 4 小時以上, _____ 小時 4 hours or more: _____ hours 11. 你通常一天刷牙幾次? How many times do you usually brush your teeth a day? <input type="checkbox"/> ①0 次 None <input type="checkbox"/> ②1 次 Once <input type="checkbox"/> ③2 次 Twice <input type="checkbox"/> ④3 次以上 3 or more times 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? How often do you have a dental checkup even if there's no toothache or other oral discomfort? <input type="checkbox"/> ①每半年一次 Once every 6 months <input type="checkbox"/> ②每年一次 Once a year <input type="checkbox"/> ③一年以上 More than one year <input type="checkbox"/> ④ 從來沒有 Never 13. 月經情況(女生回答) Menstrual history (women only) (1) 初次月經 first period <input type="checkbox"/> ①無 No <input type="checkbox"/> ②有 Yes, 初經年齡 Age : _____ 歲 yd (2) 月經週期 Length of menstrual cycle? <input type="checkbox"/> ① ≤ 20 天 days <input type="checkbox"/> ② 21-40 天 days ≥ 40 天 days <input type="checkbox"/> ③ 不規律(差異 7 天以上) irregular (differing in length by more than 7 days) (3) 有無經痛現象 Do you have painful menstrual periods? <input type="checkbox"/> ①沒有 No <input type="checkbox"/> ②輕微 Light pain <input type="checkbox"/> ③嚴重 Severe pain					
	1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是? For the past month, what do you think of your physical state? <input type="checkbox"/> ①極好的 Excellent <input type="checkbox"/> ②很好 Very good <input type="checkbox"/> ③好 Good <input type="checkbox"/> ④普通 Satisfactory <input type="checkbox"/> ⑤不好 Poor 2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是? For the past month, what do you think of your mental state? <input type="checkbox"/> ①極好的 Excellent <input type="checkbox"/> ②很好 Very good <input type="checkbox"/> ③好 Good <input type="checkbox"/> ④普通 Satisfactory <input type="checkbox"/> ⑤不好 Poor ※目前有哪些健康問題? 請敘述 Do you have any health-related problems? Please describe: _____					
健康評估 Self-rated Health						

國立陽明交通大學 學生健康資料卡 (入學日期: 年 月)  
National Yang Ming Chiao Tung University Student Health Examination Form

已完成新生健康問卷  
Completed New Student Health Questionnaire Online  
新生入學指引→新生資料維護→填寫新生健康問卷



科系 Department	檢查日期 Date	年 月 日 (yy)/(mm)/(dd)	<input type="checkbox"/> 陽明校區 <input type="checkbox"/> 交大校區
學號 Student No.	姓名 Name		<input type="checkbox"/> 大學部 Undergraduate <input type="checkbox"/> 碩士班 Master <input type="checkbox"/> 博士班 Ph.D
身分證號/ID NO	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男(m) <input type="checkbox"/> 女(f)	連絡電話 Cell phone No

身高 Height: \_\_\_\_\_ 公分 cm 體重 Weight: \_\_\_\_\_ 公斤 kg 腰圍 Waistline: \_\_\_\_\_ 公分 cm

血壓 Blood pressure: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 脈搏 Pulse Rate: \_\_\_\_\_ 次/分 times/min 複測血壓 Recheck Blood pressure: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 脈搏 Pulse Rate: \_\_\_\_\_ 次/分 times/min

視力檢查 Vision Test	<input type="checkbox"/> 裸視 Uncorrected: 左眼 Left _____ 右眼 Right _____ <input type="checkbox"/> 矯正 Corrected: 左眼 Left _____ 右眼 Right _____ 高度近視 High myopia: 目前左右眼任一眼有沒有近視大於500度? Do you currently have myopia greater than 500 degrees (near-sightedness -5.00 diopters) in either eye? <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 不知道 Unknown		
眼 Eyes	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 Color vision deficiency <input type="checkbox"/> 其他 Others	
耳鼻喉 ENT	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 聽力正常 Hearing normal <input type="checkbox"/> 聽力異常 Hearing abnormal: <input type="checkbox"/> 左 L <input type="checkbox"/> 右 R <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎, suspected otitis media <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 swollen tonsils <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 Earwax embolism <input type="checkbox"/> 其他 Others	
頭頸 Head&Neck	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 斜頸 Wry neck(torticollis) <input type="checkbox"/> 異常腫塊 Abnormal mass <input type="checkbox"/> 其他 Others	
胸腔及外觀 Chest	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 心肺疾病 Cardiopulmonary disease <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Abnormal thorax <input type="checkbox"/> 其他 Others	
腹部 Abdomen	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常腫大 Abnormal Swollen <input type="checkbox"/> 其他 Others	
脊柱四肢 Spine&Limbs	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 肢體畸形 Limb deformity <input type="checkbox"/> 蹲踞困難 Difficulty squatting <input type="checkbox"/> 其他 Others	
泌尿生殖 Urogenital System △視個人需要Optional based on individual needs	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 未檢查 Not Checked	<input type="checkbox"/> 包皮異常 Abnormal foreskin <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 Varicocele <input type="checkbox"/> 其他 Others	
皮膚 Skin	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 癬 Ringworm <input type="checkbox"/> 疥瘡 Scabies <input type="checkbox"/> 疣Wart <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 Atopic dermatitis <input type="checkbox"/> 濕疹 Eczema <input type="checkbox"/> 其他 Others	
口腔篩檢 Oral Health Screening	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	未治療齲齒Untreated Caries: <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 有Yes 缺牙(因齲齒拔除) Missing tooth(been extracted due to caries): <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 有Yes 已矯治牙齒Filled tooth: <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 有Yes 牙齦炎: <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 有Yes 牙結石: <input type="checkbox"/> 沒有 No <input type="checkbox"/> 有Yes <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 Poor oral hygiene <input type="checkbox"/> 咬合不正 Dental malocclusion <input type="checkbox"/> 其他 Others	

★ 此次體檢是否空腹 An empty stomach  是 yes  否 no; 生理期中(女性) Now in period (For Female)  是 yes  否 no

實驗室檢查項目 Lab Test	檢查結果 Result	實驗室檢查項目 Lab Test	檢查結果 Result	
血液常規檢查 Blood Test	白血球 WBC (10 <sup>3</sup> /uL)	血脂脂肪 Blood Lipid	總膽固醇 Cholesterol(mg/dl)	
	紅血球 RBC (10 <sup>6</sup> /uL)		三酸甘油酯 TG(mg/dl)	
	血色素 Hb (g/dl)		高密度膽固醇 HDL-C(mg/dl)	
	血球容積比 Hct (%)		低密度膽固醇 LDL-C(mg/B)	
	平均血球容積 MCV (fl)		腎功能檢查 Renal function	血尿素氮 BUN(mg/dl)
	血小板 PLAT (10 <sup>3</sup> /uL)		肌酸酐 Creatinine (mg/dl)	
尿液檢查 Urinalysis	酸鹼值 PH	肝炎肝功能 Hepatitis& Liver function	尿酸 UA(mg/dl)	
	尿蛋白 protein (+) (-)		胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT (U/L)	
	尿糖 Sugar(+)(-)		胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT (U/L)	
	潛血 O.B (+)(-)		B 型肝炎表面抗原 HbsAg	
其他 Others	飯前血糖 AC Sugar (mg/dl)	B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs		

胸部X光檢查 Chest x-ray	檢查結果 Result: <input type="checkbox"/> 無明顯異常 No obvious abnormality <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 TB-related Calcification <input type="checkbox"/> 心臟肥大 Cardiomegalia <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 R/O TB <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 Peura cavity edema <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 Bronchiectasis <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Abnormal Thorax <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 肺結節pulmonary nodule <input type="checkbox"/> 肺浸潤pulmonary infiltration <input type="checkbox"/> 其他 Others	複查矯治、日期及備注 Futher treatment, date and comment
總評建議 Summary& Suggestion	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal <input type="checkbox"/> 有異狀,須接受 Requires a consultation with a: _____ 科醫師整治 <input type="checkbox"/> 其他建議 Others	承辦檢查醫院簽章 Stamp of hospital / clinic where examination was done

◎自行體檢者或已有公司體檢報告者,其檢查項目請包括上述項目內容,方可抵用。兵役與勞工一般體格檢查,因項目不符,故無法抵用。