

# 亞洲大學教職員工健康檢查資料卡(自填)

填寫日期： 年 月 日

姓 名											身分證字號						血型						109年起不需黏貼照片												
性 別	<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 女		出 生 日 期					年 月 日																									
身 份	<input type="checkbox"/> 教師 <input type="checkbox"/> 職員					服 務 單 位																													
聯絡住址											電 (H)					話 (O)																			
緊急聯絡人	姓 名	1.			關 係				電 話						手 機																				
		2.																																	
過 去 病 史	※ 三年內曾患下列疾病否？										請打勾。																								
	<input type="checkbox"/> 1. 無		<input type="checkbox"/> 2. 肺結核		<input type="checkbox"/> 3. 心臟病 名稱:		<input type="checkbox"/> 4. 肝炎 名稱:		<input type="checkbox"/> 5. 氣喘		<input type="checkbox"/> 6. 腎臟病		<input type="checkbox"/> 7. 癲癇		<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡		<input type="checkbox"/> 9. 血友病		<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症		<input type="checkbox"/> 11. 關節炎		<input type="checkbox"/> 12. 糖尿病		<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病 名稱:		<input type="checkbox"/> 14. 癌症 名稱:		<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 名稱:		<input type="checkbox"/> 16. 重大手術 名稱:		<input type="checkbox"/> 17. 過敏物質 名稱:		<input type="checkbox"/> 18. 其他:
過 去 一 年 生 活 回 顧	※ 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"/>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</p> <p>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, 幾點吃? _____點</p> <p>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"/>①有 <input type="checkbox"/>②沒有</p> <p>4. 過去一個月內, 吸菸行為: <input type="checkbox"/>①不吸菸 <input type="checkbox"/>②時常吸菸 <input type="checkbox"/>③每天吸菸, _____支/天 <input type="checkbox"/>④已戒除</p> <p>5. 過去一個月內, 喝酒行為: <input type="checkbox"/>①不喝酒 <input type="checkbox"/>②時常喝酒 <input type="checkbox"/>③每天喝酒, _____杯/天 <input type="checkbox"/>④已戒除 (1杯的定義: 啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml)</p> <p>6. 過去一個月內, 嚼檳榔: <input type="checkbox"/>①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/>②時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/>③每天嚼檳榔, _____粒/天 <input type="checkbox"/>④已戒除</p> <p>7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎? <input type="checkbox"/>①沒有 <input type="checkbox"/>②很少 <input type="checkbox"/>③時常</p> <p>8. 常覺得胸悶嗎? <input type="checkbox"/>①沒有 <input type="checkbox"/>②很少 <input type="checkbox"/>③時常</p> <p>9. 常覺得胃痛嗎? <input type="checkbox"/>①沒有 <input type="checkbox"/>②很少 <input type="checkbox"/>③時常</p> <p>10. 常覺得頭痛嗎? <input type="checkbox"/>①沒有 <input type="checkbox"/>②很少 <input type="checkbox"/>③時常</p> <p>11. 月經情況(女生回答)</p> <p>(1) 初次月經 <input type="checkbox"/>①無 <input type="checkbox"/>②有, 初經年齡: _____歲</p> <p>(2) 月經週期? <input type="checkbox"/>①≤20天 <input type="checkbox"/>②21-40天 <input type="checkbox"/>③≥41天 <input type="checkbox"/>④不規律(差異7天以上)</p> <p>(3) 有無經痛現象? <input type="checkbox"/>①沒有 <input type="checkbox"/>②輕微 <input type="checkbox"/>③嚴重</p> <p>12. 排便習慣: 過去7天內, 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</p> <p>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?</p> <p><input type="checkbox"/>①每天少於1小時 <input type="checkbox"/>②每天約1-2小時 <input type="checkbox"/>③每天約2-4小時 <input type="checkbox"/>④每天約4-5小時 <input type="checkbox"/>⑤每天約5小時或以上</p> <p>14. 如果目前你有抽菸, 是否有戒菸意願? <input type="checkbox"/>①沒有 <input type="checkbox"/>②有</p>																																		
自 我 健 康 評 語	<p>整體而言, 您覺得自己的健康狀況與同年齡的人比較是:</p> <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>																																		
	<p>※ 目前有哪些健康問題? 請敘述:</p>																																		

# 健康檢查記錄表 (由健檢單位填寫)

檢查日期	年 月 日																
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：左眼_____右眼_____			矯正視力：左眼_____右眼_____													
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"/> 耵聍栓塞 <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"/> 青蛙肢(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	<input type="checkbox"/> 無明顯異常			<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他_____													
牙齒位置圖 檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 Δ-已矯治 ϕ-阻生牙 Sp.-贅生牙																	
右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上
右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下
實驗室檢查項目				檢查結果				實驗室檢查項目				檢查結果					
血液常規檢查	血色素 (g/dl)				血脂肪				總膽固醇 (mg/dl)								
	白血球 (10 <sup>3</sup> /μL)								三酸甘油脂 (mg/dl)								
	紅血球 (10 <sup>6</sup> /μL)				腎功能檢查				肌酸酐 (mg/dl)								
	血小板 (10 <sup>3</sup> /μL)								尿酸 (mg/dl)								
	平均血球容積 MCV (fl)								血尿素氮 (mg/dl)								
	飯前血糖 (mg/dl)				其他												
血清免疫學	B 型肝炎表面抗原				肝功能檢查				麩胺酸草醋酸轉胺酶 GOT (U/L)								
	B 型肝炎表面抗體								麩胺酸丙酮酸轉胺酶 GPT (U/L)								
尿液	尿蛋白 (+)(-)				尿液				潛血 (+)(-)								
	尿糖 (+)(-)								酸鹼值								
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"/> 其他_____																
醫師總評建議									醫師簽章				承辦檢查醫院簽章				