

淡江大學 學生健康資料卡 (TKU Health Examination Record)

學號 Student ID	
------------------	--

學生基本資料	入學日期 Entry Date	年 月 (yyyy / mm)	就讀系所、班 (組) 別 Department			姓名 Name
	出生日期 Date of Birth	年 月 日 (yyyy / mm / dd)	血型 Blood Type	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	身分證字號 居留證證號 ID/Passport No.
	戶籍地址 Residence address					學生本人行動電話 Cell phone
	現居地址 Present address	<input type="checkbox"/> 同上 Ditto <input type="checkbox"/> 如右 As right :				
	緊急聯絡人、或 附近親友 Emergent Contact Person	關係 Relationship	姓名 Name	電話(家) Phone(home)	電話(公) Phone(Office)	行動電話 Cell Phone

特殊疾病現況或應注意事
項 詳如病歷摘要

個人病史 您曾患下列疾病？有請打勾 : Please check if you have ever had the medical history of: if yes, please mark

<input type="checkbox"/> 1. 無 No	<input type="checkbox"/> 7. 癲癇 Epilepsy	<input type="checkbox"/> 13. 身心疾病 Psychiatric Dx
<input type="checkbox"/> 2. 肺結核 Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 SLE	<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 Major Surgery: _____
<input type="checkbox"/> 5. 氣喘 Asthma	<input type="checkbox"/> 11. 關節炎 Arthritis	<input type="checkbox"/> 17. 過敏物質 Allergens name: _____
<input type="checkbox"/> 6. 腎臟病 Kidney Disease	<input type="checkbox"/> 12. 糖尿病 Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> 18. 其他 others? _____

若有上述特殊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。
If you are not yet recovered from or under treatment of diseases mentioned above, tell us and provide medical treatment summary to serve as care reference.

家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 _____，疾病名稱 _____
Family disease record: Family who has major hereditary diseases is your _____, the disease is _____

※請勾選最適合的選項：Choose the most appropriate answer applicable to you~Please check and mark :

- 過去7天內(不含假日)，睡眠習慣(How many hours do you sleep?):
 每日睡足7小時(7 hours or more per day) 不足7小時(less than 7 hours) 時常失眠(insomnia often)
- 過去7天內(不含假日)，早餐習慣(How often do you have breakfast?):
 都不吃(No) 有時吃(Occasionally)，天(____ days/week) 每天吃(Everyday)，幾點吃? 點(what time?)
- 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
(Basic on the exercise requirement, three times a week and every time is last 30 minutes, have you reach the requirement last month?):
 有(Yes) 沒有(No)
- 過去一個月內，吸菸行為(Do you smoke last month?):
 不吸菸(No) 時常吸菸(Occasionally) 每天吸菸(Everyday)，支/天(cigarettes/day) 已戒除(quitted)
- 過去一個月內，喝酒行為(Do you drink last month?):
 不喝酒(No) 時常喝酒(Occasionally) 每天喝酒(Everyday)，杯/天(glasses/day) 已戒除(quitted) (*1杯的定義：啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml Definition of a glass: beer 330ml, grape wine 120ml, spirits 45ml)
- 過去一個月內，嚼檳榔(Do you chew betel nuts last month?):
 不嚼檳榔(No) 時常嚼檳榔(Occasionally) 每天嚼檳榔(Everyday)，粒/天(nuts/day) 已戒除(quitted)
- 常覺得焦慮、憂鬱嗎?(Do you feel anxious or depressed) 沒有(No) 很少(Seldom) 時常(Often)
- 常覺得胸悶嗎?(Do you feel chest tightness) 沒有(No) 很少(Seldom) 時常(Often)
- 常覺得胃痛嗎?(Do you feel stomachache) 沒有(No) 很少(Seldom) 時常(Often)
- 常覺得頭痛嗎?(Do you feel headache) 沒有(No) 很少(Seldom) 時常(Often)
- 月經情況(女生回答)(Menstrual history/ girls answer)
(1)初次月經(menophania) 無(No) 有(Yes)，初經年齡(Age): 歲(years old)
(2)月經週期?(a menstrual cycle) ≤20days 21-40days ≥41days 不規律(差異7天以上)(irregular)
(3)有無經痛現象?(Whether the phenomenon of menstrual pain) 沒有(No) 輕微(Slight) 嚴重(Severe)
- 排便習慣：過去7天內，多久排便一次?(How often do you defecate once in the past seven days?)
 每天至少一次(at least one time a day) 兩天(2 days) 三天(3 days) 四天以上(more than 4 days)
- 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?
(How often you spent your time on the internet, excluding the time in the classes and assignments?)
 每天少於1小時(less than 1hr per day) 每天約1-2小時(1-2hrs per day) 每天約2-4小時(2-4hrs per day)
 每天約4-5小時(4-5hrs per day) 每天約5小時或以上(5hrs or more per day)

- 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是?(In the past 1 month, you feel your health condition is)
 極好的(Perfect) 很好(Very good) 好(Good) 普通(Ordinary) 不好(Not good)
- 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是?(In the past 1 month, you think your mental health is)
 極好的(Perfect) 很好(Very good) 好(Good) 普通(Ordinary) 不好(Not good)

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

為提供更完善的輔導與協助，本組將本資料提供本校輔導師長及體育教師作為輔導照顧目的使用。
(In order to offer perfect coaching and assistance, we might offer the medical history, physical defects and suggestions to tutors if you agree.): 同意 agree 不同意 disagree

本資料為衛保組做為健康檢查業務之用，本人已詳細閱讀並同意衛保組個資使用目的及範圍內收集、使用及處理本人所提供之相關資料。詳細內容(淡江大學隱私聲明暨個人資料)。詳見淡江大學網頁。
I hereby have read the *Notification on Collecting, Processing, and Utilization of Personal Data*, issued by Sanitation and Fitness Section. (未滿20歲由代理人簽名)
簽名 Sign: _____

醫院標誌

健康檢查證明應檢查項目表 (丙表)

檢查日期 ____/____/____

Hospital's

(醫院名稱、地址、電話、傳真機)

(年)(月)(日)

Logo

ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Form C)

____/____/____

(Hospital's Name, Address, Tel, FAX)

(M)(D)(Y)

Date of Examination

基本資料 (BASIC DATA)

姓名 Name : _____	性別 Sex : <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	照片 Photo
身份證字號或 居留證號碼 : ID No. _____	護照號碼或 入出境許可 證 : Passport No. _____	
出生年月日 Date of Birth : ____ / ____ / ____	國籍 : Nationality : _____	
年齡	聯絡電話	

實驗室檢查 (LABORATORY EXAMINATIONS)

A. 麻疹及德國麻疹之抗體陽性檢驗報告或預防接種證明 (proof of positive measles and rubella antibody titers or measles and rubella vaccination certificates) :

a. 抗體檢查 (Antibody test)

麻疹抗體 measles antibody titers 陽性 Positive 陰性 Negative 未確定 (Equivocal)

德國麻疹抗體 rubella antibody titers 陽性 Positive 陰性 Negative 未確定 (Equivocal)

b. 預防接種證明 Vaccination Certificates

(含接種日期、接種院所及疫苗批號；接種日期與出國日期應至少相隔兩週。)

(The Certificate should include the date of vaccination, the name of administering hospital or clinic and the batch no. of vaccine; the date of vaccination should be at least two weeks prior to going abroad)

麻疹預防接種證明 Vaccination Certificates of Measles

德國麻疹預防接種證明 Vaccination Certificates of Rubella

c. 經醫師評估，有接種禁忌者，暫不適宜接種。(Having contraindications, not suitable for vaccination)

B. 胸部 X 光檢查肺結核 (Chest X-Ray for Tuberculosis) :

X 光發現(Findings) : _____

判定(Results) :

合格(Passed) 疑似肺結核(TB Suspect) 無法確認診斷(Pending) 不合格(Failed)

(經臺灣健檢醫院判定為疑似肺結核或無法確認診斷者，得至指定機構複驗；但所在縣市無指定機構者，得至鄰近醫院之胸腔科門診複檢。)(Those who are determined to be TB suspects or have a pending diagnosis by the designated hospital in Taiwan must visit the referred institution for further evaluation.)

孕婦或兒童12歲以下免驗 (Not required for pregnant women or children under 12 years of age)

備註(Note) :

一、本表為外籍學生、大陸及港澳地區學生來臺停留研修之健康檢查項目表。本表僅供參考用，學生可分別檢具預防接種證明及胸部X光檢查報告。This form lists the medical examination items for students applying for short-term study in Taiwan. This form is only used for reference. Students can submit immunization certificates and chest X-ray report instead of this form.

二、根據以上對_____先生/女士/小姐之檢查結果為

合格 不合格 須進一步檢查

Result: According to the above medical report of Mr./Mrs./Ms. _____, he/she

has passed the examination has failed the examination needs further examination.

負責醫檢師簽章 : _____ (Name & Signature)
(Chief Medical Technologist)

負責醫師簽章 : _____ (Name & Signature)
(Chief Physician)

醫院負責人簽章 : _____ (Name & Signature)
(Superintendent)

日期 (Date) : ____/____/____

本證明三個月內有效 (Valid for Three Months)