

新生健康資料卡線上填寫操作說明

一、新生端填寫說明

1. 新生請於系統開放期間登入『新生基本資料登錄系統』進行填寫，系統網址：
<https://newstu.meiho.edu.tw>。



2. 請新生依問卷題目逐項填寫，填寫完後按下【儲存】鍵，若填寫不完整系統將無法儲存成功，請再依提示說明確實填寫即可。

健康基本

1.個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病(可複選)
 1.無 2.肺結核 3.心臟病 4.肝炎 5.氣喘 6.腎臟病 7.癩癬 8.紅斑性狼瘡
 9.血友病
 10.蠶豆症 11.關節炎 12.糖尿病 13.心理或精神疾病 () 14.癌症
() 15.海洋性貧血 () 16.重大手術名稱 ()
() 17.過敏物質名稱 () 18.其他 ()
()

2.高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於500度？
 0.無 1.有 2.不知道

3.領有重大傷病 (含罕見疾病) 證明卡
 0.無 1.有 (類別：)

4.領有身心障礙手冊
 0.無 1.有 (類別(選有必填)： ，等級(選有必填)： 1.輕度 2.中度 3.重度 4.極重度)

每半年一次 每年一次 一年以上 從來沒有

13.月經情況 (女生回答)：有無經痛現象？
 沒有 輕微 嚴重 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：
 非常好 好 一般 不好 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？
 非常好 好 一般 不好 非常不好

3.目前有哪些健康問題？請敘述：
 無 有，是否需學校協助(選有必填) (否 是, 請描述目前健康問題 ()

儲存 確定送出(送出後不得更改) 下載-學生健康資料卡-中文 下載-學生健康資料卡-English

儲存後請再次檢視所填資料，確認都無填誤記得按下【確定送出】鍵，才算真正完成健康資料卡線上填寫。確定送出後填寫資料即無法再更改，有問題請洽衛保組管理人員(分機8226)。

3. 按下【確定送出】鍵完成健康資料卡線上填寫後，頁面下方只會剩下載學生健康資料卡的按鍵。未在學校體檢之新生印出下載的『健康資料卡-中文』的檔案就可以直接拿此表至指定醫療院所進行體檢。

※ 請注意英文版僅提供下載空白表單，內容需自行印出後填

大專校院學生健康資料卡中文版		學號				
基本資料	入學日期	11年09月	就讀系所、班(組)別	二技金三甲	姓名	陳○○
	出生日期	91年08月18日	血型	AB	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
現居地址	戶籍地址	屏東縣內埔鄉○○村○○路○○號				
	現居地址	屏東縣內埔鄉○○村○○路○○號				
緊急聯絡人	緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	0936123456
	監護人	監護人	姓名	電話(家)	電話(公)	08-7799821 / 08-7799821
個人疾病史	個人疾病史:勾選本人曾患過的疾病					
	<input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 6. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 11. 關節炎 <input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱: _____ <input type="checkbox"/> 2. 腳氣病 <input type="checkbox"/> 7. 癩癬 <input type="checkbox"/> 12. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱: _____ <input type="checkbox"/> 3. 心臟病 <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性鐵瘡 <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病: _____ <input type="checkbox"/> 18. 其他: _____ <input type="checkbox"/> 4. 肝炎 <input type="checkbox"/> 9. 血友病 <input type="checkbox"/> 14. 癌症: _____ <input type="checkbox"/> 5. 氣喘 <input type="checkbox"/> 10. 基魯症 <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血: _____					
視力	高度近視:目前左右眼任一眼有沒有近視度大於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, 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醫病歷摘要, 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的家屬稱謂: _____, 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"/> 0. 每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> 1. 不足7小時 <input type="checkbox"/> 2. 時常失眠 2. 過去7天內(不含假日), 早餐習慣: <input type="checkbox"/> 0. 都不吃 <input type="checkbox"/> 1. 有時吃, 吃_____ <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"/> 0. 0天 <input type="checkbox"/> 1. 1天 <input type="checkbox"/> 2. 2天 <input type="checkbox"/> 3. 3天 <input type="checkbox"/> 4. 4天 <input type="checkbox"/> 5. 5天 <input type="checkbox"/> 6. 6天 <input type="checkbox"/> 7. 7天 4. 過去一個月內, 你吸菸/嚼(包括傳統紙菸、電子煙及加熱式菸品等)情形? <input type="checkbox"/> 0. 不吸菸 <input type="checkbox"/> 1. 已戒除 <input type="checkbox"/> 2. 有時吸菸(可戒除) <input type="checkbox"/> 3. 傳統紙菸品, <input type="checkbox"/> 4. 電子煙, <input type="checkbox"/> 5. 加熱式菸品等 <input type="checkbox"/> 6. 每天吸菸(可戒除); <input type="checkbox"/> 7. 傳統紙菸品, <input type="checkbox"/> 8. 電子煙, <input type="checkbox"/> 9. 加熱式菸品等。 5. 過去一個月內, 你喝酒情形? <input type="checkbox"/> 0. 不喝酒 <input type="checkbox"/> 1. 有時喝酒 <input type="checkbox"/> 2. 每天喝酒(2杯以上, 1杯、 <input type="checkbox"/> 3. 不到1杯) <input type="checkbox"/> 4. 已戒除, 勾選「每天喝酒」者, 勾選一步選擇每天喝酒次數, 1杯的定義為啤酒330ml, 葡萄酒120ml, 烈酒45ml。 6. 過去一個月內, 你嚼檳榔情形? <input type="checkbox"/> 0. 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 1. 有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 2. 每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 3. 已戒除 7. 常覺得憂鬱嗎? <input type="checkbox"/> 0. 沒有 <input type="checkbox"/> 1. 有時 <input type="checkbox"/> 2. 時常 8. 常覺得焦慮嗎? <input type="checkbox"/> 0. 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"/> 0. 每天至少一次 <input type="checkbox"/> 1. 2天 <input type="checkbox"/> 2. 3天 <input type="checkbox"/> 3. 4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"/> 0. 不到2小時 <input type="checkbox"/> 1. 約2-4小時 <input type="checkbox"/> 2. 約4小時以上, _____小時 11. 你通常一天刷牙幾次? <input type="checkbox"/> 0. 0次 <input type="checkbox"/> 1. 1次 <input type="checkbox"/> 2. 2次 <input type="checkbox"/> 3. 3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"/> 0. 每半年一次 <input type="checkbox"/> 1. 每年一次 <input type="checkbox"/> 2. 一年以上 <input type="checkbox"/> 3. 從來沒有 13. 月經情況(女生回答):有無經痛現象? <input type="checkbox"/> 0. 沒有 <input type="checkbox"/> 1. 輕微 <input type="checkbox"/> 2. 嚴重 <input type="checkbox"/> 3. 不知道/拒答					
自我健康評估	過去一個月, 一般來說, 您認為您目前的健康狀況是: <input type="checkbox"/> 0. 非常好 <input type="checkbox"/> 1. 好 <input type="checkbox"/> 2. 一般 <input type="checkbox"/> 3. 不好 <input type="checkbox"/> 4. 非常不好					
	過去一個月, 一般來說, 您認為您目前的心理健康是: <input type="checkbox"/> 0. 非常好 <input type="checkbox"/> 1. 好 <input type="checkbox"/> 2. 一般 <input type="checkbox"/> 3. 不好 <input type="checkbox"/> 4. 非常不好					
3. 目前有哪些健康問題?請敘述: <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有, 是否需學校協助(若有必填)(<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 請描述目前健康問題 _____)						

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	視力:	公分/視
血壓:	/ mmHg	脈搏:	次/分鐘	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 <input type="checkbox"/> 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"/> 耳聾聽覺大 <input type="checkbox"/> 耳聾聽覺小 <input type="checkbox"/> 耳聾聽覺中 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
頸項	<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"/> 關節腫痛 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 瘡 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
口腔咽喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未治療齦炎: <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 嚴重 <input type="checkbox"/> 3. 極嚴重 <input type="checkbox"/> 4. 未檢查 <input type="checkbox"/> 5. 已矯治牙齒: <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 牙齦炎: <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 牙結石: <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 3. 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 4. 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
視聽建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異常, 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
尿液檢查	尿蛋白 (+) (-)			血脂肪	總膽固醇 (mg/dL)
	尿糖 (+) (-)			尿酸	尿酸 (mg/dL)
血液常規	血色素 (g/dL)			腎功能	尿酸 (mg/dL)
	白血球 (10 ³ /μL)			血尿酸	血尿酸 (mg/dL) ※
胸部X光	紅血球 (10 ⁶ /μL)			肝功能	SGOT (IU/L)
	血小板 (10 ³ /μL)			SGPT (IU/L)	SGPT (IU/L)
臨時性	平均血球容積 (fl)			血清	B型肝炎表面抗原 <input type="checkbox"/>
	血球容積比 (%)			血清	B型肝炎表面抗體 <input type="checkbox"/>
健康評估	檢查日期	檢查結果	檢查單位	檢查結果	轉介檢查追蹤及備註
	檢查名稱	檢查日期	檢查單位	檢查結果	轉介檢查追蹤及備註
健康評估: <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核病化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋間體積水 <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"/> 肺結核					
健康評估: <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核病化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋間體積水 <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"/> 肺結核					
健康評估: <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核病化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋間體積水 <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"/> 肺結核					
健康評估: <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核病化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋間體積水 <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"/> 肺結核					

健康評估: 無明顯異常 疑似肺結核病徵 肺結核病化 胸廓異常 肋間體積水 脊柱側彎 心臟肥大 支氣管擴張 肺浸潤 肺結核

健康評估: 無明顯異常 疑似肺結核病徵 肺結核病化 胸廓異常 肋間體積水 脊柱側彎 心臟肥大 支氣管擴張 肺浸潤 肺結核

健康評估: 無明顯異常 疑似肺結核病徵 肺結核病化 胸廓異常 肋間體積水 脊柱側彎 心臟肥大 支氣管擴張 肺浸潤 肺結核

健康評估: 無明顯異常 疑似肺結核病徵 肺結核病化 胸廓異常 肋間體積水 脊柱側彎 心臟肥大 支氣管擴張 肺浸潤 肺結核

※: 學校自選項目