

錯過體檢日期該怎麼辦？

1. 已有(公司體檢者)可繳交入學當年度體檢報告抵用(如 108 年入學即繳交 108 年度的報告)，公司體檢報告項目須包含「國立交通大學學生健康資料卡」背面所載檢查項目，即不需再體檢一次，但須將資料卡完成，親送/郵寄/mail 至衛保組(mail 繳交者，請參考下列◆註記)，才算完成新生體檢。
2. 自行至醫療院所體檢之同學需持「國立交通大學學生健康資料卡」至醫療院所完成資料卡背面所載檢查項目，並親送/郵寄/mail 至衛保組(mail 繳交者，請參考下列◆註記)，才算完成新生體檢。
3. 同學可自行至敏盛經國院區做新生體檢，並持「國立交通大學學生健康資料卡」及入學文件證明，即可享優惠價 700 元，但須事先預約，電話 03-3179599#7121，檢查完成資料卡醫院收回即可並來電告知衛保組完成新生體檢。

報告繳交注意事項及方式

1. 自行在外體檢，報告需二星期作業時間，請盡量在開學前完成
2. 請親送至行政大樓 1 樓衛保組辦公室或郵寄至交通大學衛保組收。
3. 掃描及 MAIL 的方式：

◆麻煩您照以下步驟完成 護理師才能快速幫你審查

1. 至衛生保健組網頁-表單下載-下載學生健康資料卡填妥第一頁的全部欄位並親筆簽名(資料卡圖示如下)
第二頁的檢查項目 依中英文對照項目後填寫檢查數值 (資料卡圖示如下)
2. 再掃描健康資料卡跟體檢報告
3. [mail 至 cindy51104@nctu.edu.tw](mailto:cindy51104@nctu.edu.tw), 護理師會以你體檢報告幫你審查第二面體檢資料

PS. 只留教育部及學校規定留存的健康資料卡的紙本，繳交之體檢影本及電子檔的部份查證完. 就會刪除或消毀, 故請勿繳交體檢報告正本，謝謝!

* 諮詢專線: 03-5712121-51104, 黃護理師

* 新竹地區醫療院所參考

1. 新竹馬偕醫院
(新竹市光復路二段 690 號, 03-6119595)
2. 新竹台大醫院
(新竹市經國路一段 442 巷 25 號, 03-53261651)
3. 新竹國泰醫院
(新竹市中華路二段 678 號, 03-5278999)
4. 新竹新生醫院
(新竹市西門街 120 號, 03-5222637)

* 本校合作醫院參考

1. 敏盛經國院區
(桃園市桃園區經國路 168 號, 03-3179599#7121)

學生健康資料卡(圖示)

第一頁(正面)

國立交通大學學生健康資料卡										學號	
<input type="checkbox"/> 大學部					<input type="checkbox"/> 研究所						
學生基本資料	入學日期	年 月	就讀系所、班(組)別			姓名					
	出生日期	年 月 日	學院	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號 /居留證號					
	戶籍地址						學生本人行動電話				
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右									
緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	相片黏貼處					
	監護人或 附近親友										
健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病，並於右欄填寫疾病概況(於續)。					特殊疾病現況或應注意事項(精勾選)：					
	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.肺結核 <input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 4.肝炎 <input type="checkbox"/> 5.氣喘(此項為目前仍有發作才勾選) <input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 7.癩病 <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 10.糖尿病 <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 <input type="checkbox"/> 14.癌症 <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血 <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱 (指腦、心、肝、肺、腎等手術) <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱 <input type="checkbox"/> 18.其他	<input type="checkbox"/> 1.已痊癒 <input type="checkbox"/> 2.門診追蹤： <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 必要時才去 <input type="checkbox"/> 3.門診多久一次： <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 4.藥物治療： <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 5.服藥情形： <input type="checkbox"/> 每天服藥 <input type="checkbox"/> 症狀明顯，才需要服藥 <input type="checkbox"/> 6.已了解疾病並可自我照顧：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7.需要接受物理治療(如：物理治療、復健處方、氣、衛教諮詢、心理諮詢)：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別： <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別： 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醫歷程摘要，以作為照護參考。 家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：，疾病名稱：											
生活型態	※ 精勾選最合適的選項： 1. 過去7天內(不含假日)，睡眠習慣： <input type="checkbox"/> 每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> 不足7小時 <input type="checkbox"/> 時常失眠 2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> 卻不吃 <input type="checkbox"/> 有時吃，____天 <input type="checkbox"/> 每天吃，幾點吃？____點 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"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 時常吸菸 <input type="checkbox"/> 每天吸菸，____支/天 <input type="checkbox"/> 已戒除 5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 時常喝酒 <input type="checkbox"/> 每天喝酒，____杯/天 <input type="checkbox"/> 已戒除 (1杯的定義：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml) 6. 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔，____粒/天 <input type="checkbox"/> 已戒除					7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 8. 常覺得頭暈嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 11. 月經情況(女生回答)： (1) 初次月經 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，初經年齡：____歲 (2) 月經週期？ <input type="checkbox"/> ≤20天 <input type="checkbox"/> 21-40天 <input type="checkbox"/> ≥41天 <input type="checkbox"/> 不規律(差異7天以上) (3) 有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 嚴重 12. 排便習慣：過去7天內，多久排便一次？ <input type="checkbox"/> 每天至少一次 <input type="checkbox"/> 兩天 <input type="checkbox"/> 三天 <input type="checkbox"/> 四天以上 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？ <input type="checkbox"/> 每天少於1小時 <input type="checkbox"/> 每天約1-2小時 <input type="checkbox"/> 每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> 每天約4-5小時 <input type="checkbox"/> 每天約5小時或以上					
	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"/> 極好的 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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"/> 極好的 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好 ※ 目前有哪些健康問題？請敘述：										
自我健康評估											

學生健康資料卡填妥第一頁的全部欄位並親筆簽名

第二頁(反面)

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		自選項目： <input type="checkbox"/> 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"/> 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_____																																																																						
胸部		<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"/> 奇形肢(蹼趾因難) <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"/> 橫痃/淋病/梅毒 <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"/> 濕疹 <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-齶齒 X-缺牙 △-已矯治 ◊-假生牙 Sp-贅生牙																																																																						
		<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td></td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td></td> </tr> <tr> <td>右上</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> <td>左下</td> </tr> </table>																18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		右上																	左上	右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下		
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																								
右上																	左上																																																							
右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下																																																							
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：																																																							
<p>* 此次體檢是否已空腹 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ; 生理期中 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (女性)</p>																																																																								
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		檢查結果		實驗室檢查項目		初查結果		檢查結果																																																								
新陳代謝		飯前血糖(mg/dl)				血脂		總膽固醇 (mg/dl)				三酸甘油酯(mg/dl)				高密度脂蛋白(mg/dl)																																																								
尿液檢查		尿蛋白 (+)(-)				腎功能檢查		肌酸酐 (mg/dl)				尿酸 (mg/dl)				血尿素氮 (mg/dl)																																																								
		尿糖 (+)(-)						肝功能檢查		麩胺酸基轉胺酶 (U/L)				麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)																																																										
		潛血 (+)(-)						血清		B型肝炎表面抗原				B型肝炎表面抗體																																																										
		酸鹼值						其他																																																																
血液常規檢查		血色素 (g/dl)				血球		白血球 (10 ³ /μL)				血小板 (10 ³ /μL)				平均血球容積 MCV(fl)																																																								
		白血球 (10 ³ /μL)														血球容積比 Hct (%)																																																								
胸部X光檢查		檢查日期：_____ 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_____															複查矯治、日期及備註：																																																							
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：																																																																						

第二頁的檢查項目 依中英文對照項目後填寫檢查數值