

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

大學部日間 進學班 轉學生 復學生 外籍生、交換生 僑生、陸生 碩士 博士

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 護照號碼 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

健康基本資料	<p>個人病史您曾患下列疾病？有請打勾 <input checked="" type="checkbox"/>： Please check if you have ever had the medical history of: if yes, please mark <input checked="" type="checkbox"/></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1. 無 No</td> <td><input type="checkbox"/>7. 癲癇 Epilepsy</td> <td><input type="checkbox"/>13. 身心疾病 Psychiatric Dx</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2. 肺結核 Tuberculosis (TB)</td> <td><input type="checkbox"/>8. 紅斑性狼瘡 S LE</td> <td><input type="checkbox"/>14. 癌症 Cancer _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3. 心臟病 Heart Disease</td> <td><input type="checkbox"/>9. 血友病 Hemophilia</td> <td><input type="checkbox"/>15. 海洋性貧血 Thalassemia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>4. 肝炎 Hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/>10. 蠶豆症 G6PD Deficiency</td> <td><input type="checkbox"/>16. 重大手術 Major Surgery: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>5. 氣喘 Asthma</td> <td><input type="checkbox"/>11. 關節炎 Arthritis</td> <td><input type="checkbox"/>17. 過敏物質 Allergens name: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>6. 腎臟病 Kidney Disease</td> <td><input type="checkbox"/>12. 糖尿病 Diabetes Mellitus</td> <td><input type="checkbox"/>18. 其他 others? _____</td> </tr> </table>						<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 S LE	<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? _____
	<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 S LE	<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? _____																						
<p>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.</p>																								
<p>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</p>																								

<p>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.):</p> <p><input type="checkbox"/>同意 agree <input type="checkbox"/>不同意 disagree</p> <p>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 <i>Notification on Collecting, Processing, and Utilization of Personal Data</i>, issued by Sanitation and Fitness Section. (未滿20歲由代理人簽名)</p> <p style="text-align: right;">簽名 Sign : _____</p>	
---	--

短期研修健康檢查項目表
Health Certificate for Short-Term Students

(醫院名稱、地址、電話、傳真)
(Hospital's Name, Address, Tel, Fax)

檢查日期 / Date of Examination
YYYY / MM / DD

基本資料 / Basic Data

姓名： Name	性別： <input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F Sex
國籍： Nationality	護照號碼： Passport No.
出生年月日： Date of Birth	<u>YYYY / MM / DD</u>

實驗室檢查 / Laboratory Examinations

A. 麻疹及德國麻疹之抗體陽性檢查報告或預防接種證明 / Proof of Positive Measles and Rubella Antibody or Measles and Rubella Vaccination Certificates :

a. 抗體檢查 / Antibody Tests

麻疹抗體 / Measles Antibody 陽性 / Positive 陰性 / Negative 未確定 / Equivocal

德國麻疹抗體 / Rubella Antibody 陽性 / Positive 陰性 / Negative 未確定 / Equivocal

b. 預防接種證明 / Vaccination Certificates (證明文件應註明接種日期、接種院所及疫苗批號。如檢附幼時接種證明，其接種年齡必須大於 1 歲。 / The certificate should include the date of vaccination, the name of administering hospital or clinic and the batch no. of vaccine. If the childhood vaccination certificate is submitted, it is important to include the record of the vaccines administered only after one year of age.)

麻疹預防接種證明 / Measles Vaccination Certificate

德國麻疹預防接種證明 / Rubella Vaccination Certificate

c. 有接種禁忌，暫不適宜預防接種 / Having contraindications, not suitable for vaccination

B. 胸部 X 光肺結核檢查 / Chest X-ray for Tuberculosis :

X 光發現 / Findings : _____

判定 / Result :

合格 / Passed 疑似肺結核 / TB suspect 無法確認診斷 / Pending 不合格 / Failed

孕婦免驗 / Not required for pregnant women

健康檢查總結果 / The final result of health examination :

合格 / Passed 須進一步檢查 / Need further examinations 不合格 / Failed

負責醫檢師簽章 / Signature of Chief Medical Technologist : _____

負責醫師簽章 / Signature of Chief Physician : _____

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent : _____

日期 / Date : YYYY / MM / DD

備註 / Note : 本表為來臺短期研修停留之健康檢查項目表。表單格式僅供參考，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 required medical examination items for students applying for short-term study in Taiwan. This form is only used for reference, students may submit a copy of vaccination certificates and the chest X-ray report instead of completing this form.

本證明三個月內有效。 / The certificate is valid for three months.

麻疹及德國麻疹之抗體陽性檢查報告或預防接種證明(二擇一)
Proof of Positive Measles and Rubella Antibody or Measles and Rubella
Vaccination Certificates (alternative)

基本資料 / Basic Data

姓名： Name :	性別： Sex : <input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F
國籍： Nationality :	護照號碼： Passport No. :
出生年月日： Date of Birth : <u>YYYY</u> / <u>MM</u> / <u>DD</u>	

a. 抗體檢查 / Antibody Tests

麻疹抗體 / Measles Antibody 陽性 / Positive 陰性 / Negative 未確定 / Equivocal

德國麻疹抗體 / Rubella Antibody 陽性 / Positive 陰性 / Negative 未確定 / Equivocal

- b. 預防接種證明 / Vaccination Certificates (證明文件應註明接種日期、接種院所及疫苗批號。如檢附幼時接種證明，其接種年齡必須大於 1 歲。 / The certificate should include the date of vaccination, the name of administering hospital or clinic and the batch no. of vaccine. If the childhood vaccination certificate is submitted, it is important to include the record of the vaccines administered only after one year of age.)

麻疹預防接種證明 / Measles Vaccination Certificate

德國麻疹預防接種證明 / Rubella Vaccination Certificate

- c. 有接種禁忌，暫不適宜預防接種 / Having contraindications, not suitable for vaccination

負責醫檢師簽章 / Signature of Chief Medical Technologist : _____

負責醫師簽章 / Signature of Chief Physician : _____

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent : _____

日期 / Date of Examination : YYYY / MM / DD

胸部 X 光肺結核檢查報告
Chest X-ray for Tuberculosis Report

基本資料 / Basic Data

姓名： Name :	性別： Sex : <input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F
國籍： Nationality :	護照號碼： Passport No. :
出生年月日： Date of Birth : <u>YYYY</u> / <u>MM</u> / <u>DD</u>	

X 光發現 / Findings : _____

判定 / Result :

- 合格 / Passed 疑似肺結核 / TB suspect 無法確認診斷 / Pending 不合格 / Failed
 孕婦免驗 / Not required for pregnant women

負責醫師簽章 / Signature of Chief Physician : _____

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent : _____

日期 / Date of Examination : YYYY / MM / DD

備註 / Note : 本證明三個月內有效。 / The certificate is valid for three months.