

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

學號 Student ID	
------------------	--

大學部日間 進學班 轉學生 復學生 境外生、交換生 僑生、陸生 碩士 博士

學生基本資料 Basic Information	入學日期 Entry Date	年 月 (yyyy / mm)	就讀系所、班 (組) 別 Department			姓名 Name	學生本人電子信箱 Student's E-mail
	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 Permanent address					學生本人行動電話 Cell phone	
	現居地址 Mail address	<input type="checkbox"/> 同上 As above :					
	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	

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. 心理或精神疾病 Psychological or mental illness: _
<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? _____

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

High myopia: Do you currently have myopia greater than 500 degrees (near-sightedness -5.00 diopters) in either eye?
0. No 1. Yes 2. Unknown

領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡：0.無 1.有，類別：
領有身心障礙手冊：0.無 1.有，類別：_____，等級：1.輕度 2.中度 3.重度 4.極重度

Holder of Catastrophic Illness (including Rare Disease) Certificate: 0. No 1. Yes - Category: _____
Holder of Physical/Mental Disability Manual 0. No 1. Yes Category: _____
Level: 1. Mild 2. Moderate 3. Severe 4. Profound

特殊疾病現況或應注意事項：0.無 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診病歷摘要，以作為照護參考。
Special disease status or matters needing attention: 0. No 1. Yes (please describe):
If you are being treated for, or recovering from, any of the above or some other disease, please inform the medical personnel and also provide your medical records for the healthcare professionals' reference.

家族疾病史：0.無 1.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____，2.不知道

Family medical/disease history:
Relative with hereditary disorder: 0. No 1. Yes Name of disease _____ 2. Unknown
Relatives of family members suffering from major hereditary disorder: _____ Name of disease: _____

1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？
①非常好 ②好 ③一般 ④不好 ⑤非常不好

During the past month, would you say your health condition is ①Excellent ②Good ③Average ④Fair ⑤Poor

2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？
①非常好 ②好 ③一般 ④不好 ⑤非常不好

During the past month, would you say your mental health condition is ①Excellent ②Good ③Average ④Fair ⑤Poor

目前有哪些健康問題？請敘述：0.無 1.有，是否需學校協助：0.否 1.是

※Do you currently have any health concerns? 0. No 1. Yes

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18歲由代理人簽名)
簽名 Sign: _____

醫院標誌

Hospital's Logo

居留或定居健康檢查項目表

Health Certificate for Residence Application

(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	照片 / Photo
身份證字號 : ID No.	護照號碼 : Passport No.	
出生年月日 : Date of Birth : YYYY / MM / DD	國籍 : Nationality	
年齡 : Age	聯絡電話 : Phone No.	

實驗室檢查 / Laboratory Examinations

A. 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
 孕婦或12歲以下兒童免驗 / Not required for pregnant women or children under 12 years of age

B. 腸內寄生蟲糞便檢查 / Stool Examination for Parasites :

- 陽性, 種名 / Positive, Species _____ 陰性 / Negative
 其他可不予治療之腸內寄生蟲 / Other parasites that do not require treatment
 來自附錄三之國家/地區者免驗 / Not required for applicants from countries/areas listed in Appendix 3

C. 梅毒血清檢查 / Serological Tests for Syphilis :

檢驗 / Tests :

- a. RPR VDRL
 陽性 / Positive, 效價 / Titers _____ 陰性 / Negative, 效價 / Titers
- b. TPHA TPPA FTA-abs TPLA EIA CIA
 陽性 / Positive, 效價 / Titers _____ 陰性 / Negative, 效價 / Titers
- c. other _____ 陽性 / Positive, 效價 / Titers
 陰性 / Negative, 效價 / Titers

判定 / Result : 合格 / Passed 不合格 / Failed

- 15歲以下兒童免驗 / Not required for children under 15 years of age

D. 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 (證明應包含接種日期、接種院所及疫苗批號; 接種日期與出國日期應至少間隔兩週 / 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 traveling overseas.)

- 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

漢生病檢查 / Examinations for Hansen's Disease

全身皮膚視診結果 / Skin Examination

- 正常 / Normal
 異常 / Abnormal : 非漢生病 / Not related to Hansen's disease :
 疑似漢生病須進一步檢查 / Hansen's disease suspect who needs further examinations
a. 病理切片 / Skin Biopsy :
b. 皮膚抹片 / Skin Smear : 陽性 / Positive 陰性 / Negative
c. 皮膚病灶合併感覺喪失或神經腫大 / Skin lesions combined with sensory loss or enlargement of peripheral nerves : 有 / Yes 無 / No

判定 / Result :

- 合格 / Passed 須進一步檢查 / Needs further examinations 不合格 / Failed
 來自附錄四之國家/地區者免驗 / Not required for applicants from countries/areas listed in Appendix 4

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