

**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 外藉生、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 IDPassport No.	
	戶籍地址 Residence address						學生本人行動電話 Cell phone	特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要
	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		

健康基本資料	<p><b>個人病史您曾患下列疾病？有請打勾 <input checked="" type="checkbox"/>：</b> Please check if you have ever had the medical history of: if yes, please mark <input checked="" type="checkbox"/></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <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。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。 (In order to offer perfect coaching and assistance, we might offer the medical history, physical defects and suggestions to tutors if you agree.): 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>	
--	--



# 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 : <u>YYYY</u> / <u>MM</u> / <u>DD</u> Date of Birth	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.