

國立彰化師範大學學生參加國外交換學生健康自述表

填表日期： 年 月 日

學 號		身分證字號								血型																																																																																																																									
姓 名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期		年 月 日																																																																																																																											
科別系所				轉 系																																																																																																																															
聯絡住址							電話	()																																																																																																																											
緊 急 聯 絡 人	姓名				關係			電話	家裡 ()																																																																																																																										
	姓名				關係			電話	家裡 ()																																																																																																																										
過 去 病 史	※ 曾患下列疾病否？請打勾。 是 否 是 否 是 否																																																																																																																																		
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1.肺結核</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6.癲癇</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11.糖尿病</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2.心臟病</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7.紅斑性狼瘡</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12.重大手術_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3.肝炎</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8.血友病</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13.藥物過敏_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4.氣喘</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9.小兒麻痺</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14.食物過敏_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5.腎臟病</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10.關節炎</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15.其他_____</td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1.肺結核	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6.癲癇	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11.糖尿病	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2.心臟病	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12.重大手術_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3.肝炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8.血友病	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13.藥物過敏_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4.氣喘	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9.小兒麻痺	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14.食物過敏_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5.腎臟病	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10.關節炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15.其他_____																																																																																																									
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1.肺結核	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6.癲癇	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11.糖尿病																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2.心臟病	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12.重大手術_____																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3.肝炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8.血友病	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13.藥物過敏_____																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4.氣喘	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9.小兒麻痺	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14.食物過敏_____																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5.腎臟病	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10.關節炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15.其他_____																																																																																																																																	
過 去 一 年 生 活 回 顧	※ 請勾選最合適的選項：																																																																																																																																		
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td colspan="11">1. 睡眠小時：<input type="checkbox"/>每日睡足7-8 小時 <input type="checkbox"/>不足7-8 小時 <input type="checkbox"/>時常失眠</td> </tr> <tr> <td colspan="11">2. 若以每週運動3-5 次，每次20-30 分鐘為適量合宜的運動；您的運動量為：</td> </tr> <tr> <td colspan="11"> <input type="checkbox"/>過量 <input type="checkbox"/>適量 <input type="checkbox"/>不足 <input type="checkbox"/>幾乎很少運動</td> </tr> <tr> <td colspan="11">3. 抽菸習慣：<input type="checkbox"/>不吸菸 <input type="checkbox"/>吸菸，菸量約為_____支/天</td> </tr> <tr> <td colspan="11">4. 喝酒習慣：<input type="checkbox"/>不喝酒 <input type="checkbox"/>偶爾喝 <input type="checkbox"/>時常喝酒，酒量約_____杯/天</td> </tr> <tr> <td colspan="11">5. 嚼食檳榔：<input type="checkbox"/>不嚼食檳榔 <input type="checkbox"/>嚼食檳榔，量約_____粒/天</td> </tr> <tr> <td colspan="11">6. 是否曾覺得焦慮？ <input type="checkbox"/>很少或沒有 <input type="checkbox"/>偶而 <input type="checkbox"/>時常</td> </tr> <tr> <td colspan="11">7. 是否曾覺得憂慮？ <input type="checkbox"/>很少或沒有 <input type="checkbox"/>偶而 <input type="checkbox"/>時常</td> </tr> <tr> <td colspan="11">8. 是否曾覺得胸悶？ <input type="checkbox"/>很少或沒有 <input type="checkbox"/>偶而 <input type="checkbox"/>時常</td> </tr> <tr> <td colspan="11">9. 是否曾覺得胃痛？ <input type="checkbox"/>很少或沒有 <input type="checkbox"/>偶而 <input type="checkbox"/>時常</td> </tr> <tr> <td colspan="11">10. 是否曾覺得頭痛？ <input type="checkbox"/>很少或沒有 <input type="checkbox"/>偶而 <input type="checkbox"/>時常</td> </tr> </table>											1. 睡眠小時： <input type="checkbox"/> 每日睡足7-8 小時 <input type="checkbox"/> 不足7-8 小時 <input type="checkbox"/> 時常失眠											2. 若以每週運動3-5 次，每次20-30 分鐘為適量合宜的運動；您的運動量為：											<input type="checkbox"/> 過量 <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> 幾乎很少運動											3. 抽菸習慣： <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 吸菸，菸量約為_____支/天											4. 喝酒習慣： <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 偶爾喝 <input type="checkbox"/> 時常喝酒，酒量約_____杯/天											5. 嚼食檳榔： <input type="checkbox"/> 不嚼食檳榔 <input type="checkbox"/> 嚼食檳榔，量約_____粒/天											6. 是否曾覺得焦慮？ <input type="checkbox"/> 很少或沒有 <input type="checkbox"/> 偶而 <input type="checkbox"/> 時常											7. 是否曾覺得憂慮？ <input type="checkbox"/> 很少或沒有 <input type="checkbox"/> 偶而 <input type="checkbox"/> 時常											8. 是否曾覺得胸悶？ <input type="checkbox"/> 很少或沒有 <input type="checkbox"/> 偶而 <input type="checkbox"/> 時常											9. 是否曾覺得胃痛？ <input type="checkbox"/> 很少或沒有 <input type="checkbox"/> 偶而 <input type="checkbox"/> 時常											10. 是否曾覺得頭痛？ <input type="checkbox"/> 很少或沒有 <input type="checkbox"/> 偶而 <input type="checkbox"/> 時常									
1. 睡眠小時： <input type="checkbox"/> 每日睡足7-8 小時 <input type="checkbox"/> 不足7-8 小時 <input type="checkbox"/> 時常失眠																																																																																																																																			
2. 若以每週運動3-5 次，每次20-30 分鐘為適量合宜的運動；您的運動量為：																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 過量 <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> 幾乎很少運動																																																																																																																																			
3. 抽菸習慣： <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 吸菸，菸量約為_____支/天																																																																																																																																			
4. 喝酒習慣： <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 偶爾喝 <input type="checkbox"/> 時常喝酒，酒量約_____杯/天																																																																																																																																			
5. 嚼食檳榔： <input type="checkbox"/> 不嚼食檳榔 <input type="checkbox"/> 嚼食檳榔，量約_____粒/天																																																																																																																																			
6. 是否曾覺得焦慮？ <input type="checkbox"/> 很少或沒有 <input type="checkbox"/> 偶而 <input type="checkbox"/> 時常																																																																																																																																			
7. 是否曾覺得憂慮？ <input type="checkbox"/> 很少或沒有 <input type="checkbox"/> 偶而 <input type="checkbox"/> 時常																																																																																																																																			
8. 是否曾覺得胸悶？ <input type="checkbox"/> 很少或沒有 <input type="checkbox"/> 偶而 <input type="checkbox"/> 時常																																																																																																																																			
9. 是否曾覺得胃痛？ <input type="checkbox"/> 很少或沒有 <input type="checkbox"/> 偶而 <input type="checkbox"/> 時常																																																																																																																																			
10. 是否曾覺得頭痛？ <input type="checkbox"/> 很少或沒有 <input type="checkbox"/> 偶而 <input type="checkbox"/> 時常																																																																																																																																			
自 我 健 康 評 估	※ 整體而言，你覺得自己的健康狀況與同年齡的人比較是：																																																																																																																																		
	<input type="checkbox"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 稍微好 <input type="checkbox"/> 沒有差別 <input type="checkbox"/> 稍微差 <input type="checkbox"/> 非常差																																																																																																																																		
※目前有哪些健康問題，請敘述：																																																																																																																																			