

中國文化大學健康檢查紀錄單 (最後請務必繳交紀錄單)

Phiếu khám sức khỏe của Đại học văn hóa Trung Quốc (vui lòng nộp phiếu khám sức khỏe ở cuối)

學制 Hệ thống học thuật	<input type="checkbox"/> 大學部 Trường đại học <input type="checkbox"/> 研究所 Trường cao học <input type="checkbox"/> 學士後專班 Các khoa học đặc biệt sau đại học	系所 (Khoa)	身分證字號 (護照號碼、居留證號碼) Số cư trú (Số hộ chiếu、Số thẻ cư trú)	
	<input type="checkbox"/> 轉學生 Học sinh chuyển trường <input type="checkbox"/> 國際專修部 Khoa nghiên cứu quốc tế	年 Năm	班 Lớp	行動電話 Số di động

學號 Mã số Sinh Viên	姓名 Họ và Tên	<input type="checkbox"/> 男生(Nam) <input type="checkbox"/> 女生(Nữ)	生日 Ngày sinh	年 月 日 Năm / Tháng / Ngày
--------------------------	--------------------	---	-----------------	-----------------------------

1. 女性請務必填寫：本人確定無懷孕 Phụ nữ vui lòng điền vào: Tôi chắc chắn mình không có thai
同意 Đồng ý 不同意 Không 接受 X光檢查 đồng ý Chấp nhận chụp X-quang
2. 是否空腹 6-8 小時? Bạn có nhịn ăn trong vòng 6-8 giờ không? 是 Có 否 Không

上述資料無誤，請簽名 (Thông tin trên là chính xác, vui lòng ký tên): _____

健康 基本 資料 Thông tin sức khỏe bản thân	個人病史 Tiểu sử bệnh cá nhân: 勾選本人曾罹患過的疾病 Đánh dấu những bệnh mà cá nhân đã từng bị	
	<input type="checkbox"/> 1. 無 Không <input type="checkbox"/> 2. 肺結核 Bệnh lao <input type="checkbox"/> 3. 心臟病 Bệnh tim <input type="checkbox"/> 4. 肝炎 Viêm gan <input type="checkbox"/> 5. 氣喘 Bệnh hen suyễn <input type="checkbox"/> 6. 腎臟病 Bệnh thận <input type="checkbox"/> 7. 癲癇 Bệnh động kinh <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 Bệnh Lupus ban đỏ <input type="checkbox"/> 9. 血友病 Bệnh rối loạn đông máu	<input type="checkbox"/> 10. 蠱豆症 Bệnh favism (Thiếu men G6PD) <input type="checkbox"/> 11. 關節炎 Viêm khớp <input type="checkbox"/> 12. 糖尿病 Bệnh tiểu đường <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病 Bệnh tâm lý hoặc bệnh tâm thần <input type="checkbox"/> 14. 癌症 Ung thư <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 Bệnh thiếu máu Đã từng trải qua cuộc phẫu thuật lớn <input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱 Tên ca đại phẫu thuật <input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱 Dị ứng <input type="checkbox"/> 18. 其他 Các loại bệnh khác

高度近視/Độ cận: 目前左右眼任一眼有沒有近視大於 500 度? Thị lực mắt trái mắt phải Có mắt nào bị cận thị lớn hơn 500 độ không? 0. 無 Không 1. 有 Có 2. 不知道 Không biết

領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡 Giấy chứng nhận thương tật nặng (bao gồm cả bệnh hiếm gặp):

0. 無 Không 1. 有 Có 2. 不知道 Không biết, 類別 Loại:

領有身心障礙手冊 Sổ tay cho người khuyết tật: 1. 有 Có 2. 不知道 Không biết, 類別 Loại:

等級 Hạng: 1. 輕度 Nhẹ 2. 中度 Trung bình 3. 重度 Nặng 4. 極重度 Rất nặng

特殊疾病現況或應注意事項 Tình trạng các bệnh đặc biệt hoặc các vấn đề cần quan tâm

0. 無 Không 1. 有 Có (請描述/ Diễn tả): _____

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 Nếu bạn mắc các bệnh đặc biệt nêu trên chưa chữa khỏi hoặc đang điều trị, vui lòng chủ động thông báo và cung cấp tóm tắt hồ sơ bệnh án để tiện tham khảo.

家族疾病史 Tiền sử bệnh tật gia đình: 0. 無 Không 1. 有 Có, 患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 Các thành viên trong gia đình mắc các bệnh di truyền _____, 疾病名稱 Tên bệnh _____, 2. 不知道 Không biết

※請勾選最合適的選項 Vui long đánh dấu vào ô thích hợp nhất: :

1. 過去 7 天內 (不含假日), 睡眠習慣 Trong vòng 7 ngày (không bao gồm ngày nghỉ) thói quen ngủ:
 - ① 每日睡足 7 小時 Mỗi ngày ngủ đủ 7 tiếng
 - ② 不足 7 小時 Ngủ không đủ 7 tiếng
 - ③ 時常失眠 Thường xuyên mất ngủ.
2. 過去 7 天內 (不含假日), 早餐習慣 Trong vòng 7 ngày (không bao gồm ngày nghỉ) thói quen ăn uống:
 - ① 都不吃 Đều không ăn
 - ② 有時吃 Có lúc ăn, ___天 ngày
 - ③ 每天吃(9 點前吃 Ăn trước 9h: 是 Đúng 否 Không/ 9 點後吃 Ăn sau 9h: 是 Có 否 Không).
3. 過去 7 天內, 你進行中等強度以上(活動時仍可交談, 但無法唱歌) 的運動、健身、交通和休閒性身體活動, 累計 1 天至少 10 分鐘有幾天 Trong 7 ngày qua, có bao nhiêu ngày bạn thực hiện tập thể dục, thể thao, đi lại và hoạt động thể chất giải trí ít nhất 10 phút một ngày ở cường độ trung bình (hoạt động giao tiếp, nhưng không thể hát)?
 - ① 0 天 ngày
 - ② 1 天 ngày
 - ③ 2 天 ngày
 - ④ 3 天 ngày
 - ⑤ 4 天 ngày
 - ⑥ 5 天 ngày
 - ⑦ 6 天 ngày
 - ⑧ 7 天 ngày
4. 過去一個月內, 你吸菸/煙(包括傳統菸品、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形 Trong vòng 1 tháng, bạn hút thuốc gì (bao gồm thuốc lá truyền thống, thuốc lá điện tử và thuốc lá nóng loại mới)?
 - ① 不吸菸 Không hút thuốc
 - ② 已戒除 Đã cai thuốc
 - ③ 有時吸菸 Có hút thuốc(可複選 Có thể chọn nhiều đáp án: ② 傳統菸品 Thuốc lá truyền thống ④ 電子煙 Thuốc lá điện tử ⑤ 加熱式菸品等 Thuốc lá nóng loại mới)
 - ④ 每天吸菸 Hút mỗi ngày(可複選 Có thể chọn nhiều đáp án: ② 傳統菸品 Thuốc lá truyền thống ④ 電子煙 Thuốc lá điện tử ⑤ 加熱式菸品等 Thuốc lá nóng loại mới)
5. 過去一個月內, 你喝酒情形? Trong vòng 1 tháng, có uống rượu hay không?
 - ① 不喝酒 Không uống rượu
 - ② 時常喝酒 Thường uống rượu
 - ③ 每天喝酒 Uống rượu mỗi ngày (2 杯以上 2 ly trở lên、1 杯 1 ly、不到 1 杯 Không đến 1 ly)
 - ④ 已戒除 Đã cai rượu.

勾選「每天喝酒」者, 需進一步選擇每天喝酒杯數 Những người đánh dấu chọn "uống mỗi ngày" cần chọn thêm số lượng(1 杯的定義 Định nghĩa 1 ly: 啤酒 330 ml Bia 330ml、葡萄酒 120 ml Rượu vang 120ml, 烈酒 45 ml Rượu mạnh 45ml)
6. 過去一個月內, 你嚼檳榔情形 Trong vòng 1 tháng, có ăn trà hay không? ① 不嚼檳榔 Không ăn trà ② 時常嚼檳榔 Thường ăn trà ③ 每天嚼檳榔 Ăn trà mỗi ngày ④ 已戒除 Đã cai trà.
7. 常覺得憂鬱嗎 Bạn có thường xuyên cảm thấy chán nản? ① 沒有 Không ② 有時 Có lúc ③ 時常 Thường xuyên
8. 常覺得焦慮嗎 Bạn có thường xuyên cảm thấy lo lắng? ① 沒有 Không ② 有時 Có lúc ③ 時常 Thường xuyên

生活
型態
Lối
sống

9. 過去 7 天內，你多久排便一次 Trong 7 ngày qua, bạn đi đại tiện bao lâu một lần? ①每天至少一次 Mỗi ngày 1 lần
②兩天 Hai ngày ③三天 Ba ngày ④四天以上 Bốn ngày trở lên.
10. 過去 7 天內(不含假日)每日除了上課及作功課需要之外，你累積網路使用的時間 Trong 7 ngày qua (không bao gồm ngày nghỉ), ngoài phải lên lớp và làm bài tập, bạn dành bao nhiêu thời gian lên mạng?
①不到 2 小時 Không đến 2 giờ ②約 2-4 小時 Khoảng 2-4 giờ ③4 小時以上 Hơn 4 giờ, ___小時/giờ.
11. 你通常一天刷牙幾次 Một ngày đánh răng bao nhiêu lần? ①0 次/ lần ①1 次/lần ②2 次/lần ③3 次/ lần.
12. 在沒有牙痛或其他口腔不舒服的情況下，你多久會做一次口腔健康檢查 Bạn có bị đau răng hoặc các bệnh khác về răng miệng không, bao lâu đi kiểm tra sức khỏe răng miệng một lần?
①每半年一次 Mỗi nửa năm 1 lần ②每年一次 Mỗi năm 1 lần ③一年以上 Hơn 1 năm ④從來沒有 Từ trước đến giờ không có.
13. 月經情況(女生回答):有無經痛現象 Tình trạng kinh nguyệt (nữ trả lời): Có đau bụng trong kỳ kinh không?
①沒有 Không ②輕微 Đau ③嚴重 Rất đau ④不知道/拒答 Không biết / từ chối trả lời

自我健康評估
 Tư đánh giá sức khỏe bản thân

過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是 Trong vòng 1 tháng vừa qua, nhìn chung bạn thấy tình trạng sức khỏe là?
①非常好 Rất tốt ②好 Tốt ③一般 Bình thường ④不好 Không tốt ⑤非常不好 Rất không tốt.

過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是 Trong vòng 1 tháng vừa qua, nhìn chung bạn thấy tình trạng tinh thần là?
①非常好 Rất tốt ②好 Tốt ③一般 Bình thường ④不好 Không tốt ⑤非常不好 Rất không tốt.

※目前有哪些健康問題 Hiện tại sức khỏe có vấn đề gì khác không?
0. 無 Không 1. 有，請敘述：Vui lòng nói rõ: _____

※是否需要學校協助 Bạn có cần trường hỗ trợ không: 0. 否 Không 1. 是 Có

檢查項目	檢查日期： 年 月 日 (以下由檢查單位填寫)	檢查人員
身高：_____公分	體重：_____公斤	腰圍_____公分
血壓：①_____ / _____ mmHg	脈搏：_____次/分	②_____ / _____ mmHg
視力檢查：裸視：右眼_____ 左眼_____	矯正：右眼_____ 左眼_____	
辨色力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他_____	
聽力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 左耳聽力弱_____ <input type="checkbox"/> 右耳聽力弱_____	
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <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"/> 甲狀腺腫大(<input type="checkbox"/> 輕度) <input type="checkbox"/> 其他	
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 其他_____	
胸腔及外觀	<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	
心臟	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心搏過速 <input type="checkbox"/> 心搏過緩 <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"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <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"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他	
其他		
口腔	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 未治癒齲齒： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 牙齦炎※： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 牙結石※： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正(<input type="checkbox"/> 矯治中) <input type="checkbox"/> 其他	牙醫師簽章

尿液檢查	尿糖	腎功能檢查	總膽固醇	是否繳費 650	收費者蓋章
	尿蛋白		血中尿素氮		
	酸鹼值		肌酸酐	胸部 X 光攝影	蓋章
	潛血		尿酸		
<input type="checkbox"/> 生理期(或前後)	肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶	繳交紀錄表	最後請繳交紀錄表	
血液常規 8 項檢查	肝炎	麩胺酸丙酮酸轉胺酶	收表者蓋章		
	白血球、紅血球、HT 血色素、MCV、血小板、MCH、MCHC		B 型肝炎表面抗原 B 型肝炎表面抗體	血號	檢測者蓋章