



臺北大學學生健康聲明書

個人基本資料			
姓名		學號	
系(所)級	系(所) 年級	出生年月日	年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血型	
健康紀錄調查表			
一、近期是否有醫療、處方用藥的情況？(如：氣喘、糖尿病、癲癇、心臟疾病...等) <input type="checkbox"/> 是，請說明_____ <input type="checkbox"/> 否			
二、過去兩年內是否曾因健康檢查情形異常而被醫生建議接受專業治療？ <input type="checkbox"/> 是，請說明_____ <input type="checkbox"/> 否			
三、是否有先天過敏性(藥物、食物)體質？(如：抗生素、蠶豆症....等) <input type="checkbox"/> 是，請說明_____ <input type="checkbox"/> 否			
四、是否有任何家族性遺傳疾病或法定傳染疾病？(如：心臟病、高血壓、肝炎、肺結核...等) <input type="checkbox"/> 是，請說明_____ <input type="checkbox"/> 否			
五、個人疾病史：請勾選本人曾患過的疾病 <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 4.關節炎 <input type="checkbox"/> 7.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 10.其他：_____			
<input type="checkbox"/> 2.癲癇 <input type="checkbox"/> 5.血友病 <input type="checkbox"/> 8.海洋性貧血			
<input type="checkbox"/> 3.腎臟病 <input type="checkbox"/> 6.癌症 <input type="checkbox"/> 9.重大手術名稱：_____			
心理或精神疾病： <input type="checkbox"/> 1.情緒障礙 <input type="checkbox"/> 2.抑鬱症 <input type="checkbox"/> 3.躁鬱症 <input type="checkbox"/> 4.其他：_____			
或成隱症名稱：_____			
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			
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別_____			
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別_____等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度			
七、自我健康評估			
1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？ <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好			
2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？ <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好			

上開欄位所載之聲明事項均經本人確認且據實說明。如有故意隱匿、遺漏或為不實說明而遭受姊妹校拒絕參加，或於交流期間發生危險，致無法完成在海外研習者，本人願自行負擔責任，絕無異議。

此致

臺北大學國際事務處

薦外交流學生簽名：_____

日期：____年__月__日