

# 大專校院學生健康資料卡中文版

大專校院校名 \_\_\_\_\_ 學生健康資料卡

(教育部修訂版)

學號

學生基本資料	入學日期	年 月	就讀系所、班(組)別			姓名			
	出生日期	年 月 日	血型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號		
	戶籍地址						學生本人行動電話		
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：					相片黏貼處 (由各校決定是否蒐集)		
緊急聯絡人、 監護人或 附近親友	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	學生本人 E-mail			
健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病								
	<input type="checkbox"/> 1.無	<input type="checkbox"/> 6.腎臟病	<input type="checkbox"/> 11.關節炎	<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____					
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核	<input type="checkbox"/> 7.癲癇	<input type="checkbox"/> 12.糖尿病	<input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____					
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____		<input type="checkbox"/> 18.其他：_____				
	<input type="checkbox"/> 4.肝炎	<input type="checkbox"/> 9.血友病	<input type="checkbox"/> 14.癌症：_____						
<input type="checkbox"/> 5.氣喘	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症	<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____							
高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於 500 度？ <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道									
領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，類別：_____									
領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，類別：_____，等級： <input type="checkbox"/> 1.輕度 <input type="checkbox"/> 2.中度 <input type="checkbox"/> 3.重度 <input type="checkbox"/> 4.極重度									
特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 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。									
家族疾病史： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____， <input type="checkbox"/> 2.不知道									
生活型態	※ 請勾選最合適的選項：								
	1. 過去 7 天內(不含假日)，睡眠習慣： <input type="checkbox"/> ①每日睡足 7 小時 <input type="checkbox"/> ②不足 7 小時 <input type="checkbox"/> ③時常失眠								
	2. 過去 7 天內(不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> ①都不吃 <input type="checkbox"/> ②有時吃，吃_____天 <input type="checkbox"/> ③每天吃：(9 點前吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；9 點後吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否)								
	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？ <input type="checkbox"/> ①0 天 <input type="checkbox"/> ②1 天 <input type="checkbox"/> ③2 天 <input type="checkbox"/> ④3 天 <input type="checkbox"/> ⑤4 天 <input type="checkbox"/> ⑥5 天 <input type="checkbox"/> ⑦6 天 <input type="checkbox"/> ⑧7 天								
	4. 過去一個月內，你吸菸/煙(包括傳統紙菸、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形？ <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②有時吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ③每天吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ④已戒除。								
	5. 過去一個月內，你喝酒情形？ <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②有時喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒( <input type="checkbox"/> a2 杯以上、 <input type="checkbox"/> b1 杯、 <input type="checkbox"/> c不到 1 杯) <input type="checkbox"/> ④已戒除，勾選「每天喝酒」者，需進一步選擇每天喝酒杯數，1 杯的定義為啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml。								
	6. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？ <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ④已戒除								
	7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常								
	8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常								
	9. 過去 7 天內，你多久排便一次？ <input type="checkbox"/> ①每天至少一次 <input type="checkbox"/> ②兩天 <input type="checkbox"/> ③三天 <input type="checkbox"/> ④四天以上								
	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？ <input type="checkbox"/> ①不到 2 小時 <input type="checkbox"/> ②約 2-4 小時 <input type="checkbox"/> ③約 4 小時以上，_____小時								
	11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> ①0 次 <input type="checkbox"/> ②1 次 <input type="checkbox"/> ③2 次 <input type="checkbox"/> ④3 次以上								
	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？ <input type="checkbox"/> ①每半年一次 <input type="checkbox"/> ②每年一次 <input type="checkbox"/> ③一年以上 <input type="checkbox"/> ④從來沒有								
13. 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重 <input type="checkbox"/> ④不知道/拒答									
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"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好								
	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"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好								
※ 目前有哪些健康問題？請敘述： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是									

全身檢查項目	檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選）				檢查醫事人員簽章			
身高：	公分	體重：	公斤	腰圍：	公分※			
血壓：	/	mmHg	脈搏：	次/分※				
視力檢查	裸視：右眼	左眼	矯正視力：右眼	左眼				
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 辨色力異常△ <input type="checkbox"/> 其他						
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如： <input type="checkbox"/> 耳膜破損△ <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大△ <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞△ <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"/> 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						
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"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 其他						
泌尿生殖△	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未檢查	<input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <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						
口腔	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	未治療齲齒： <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"/> 其他						
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 <input type="checkbox"/> 其他建議：			科醫師診治	承辦檢查醫療院所簽章			
實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果		實驗室檢查項目	初查結果	檢查結果	
			異常註記	追蹤			異常註記	追蹤
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)				血脂肪	總膽固醇 (mg/dL)		
	尿糖 (+)(-)				腎功能檢查	CREATININE (mg/dL)		
	潛血 (+)(-)					尿酸 (mg/dL)		
	酸鹼值					血尿素氮 (mg/dL) ※		
血液常規檢查	血色素 (g/dL)				肝功能檢查	SGOT(AST) (U/L)		
	白血球 (10 <sup>3</sup> /μL)					SGPT(ALT) (U/L)		
	紅血球 (10 <sup>6</sup> /μL)				血清免疫學	HBsAg△		
	血小板 (10 <sup>3</sup> /μL)					Anti-HBs△		
	平均血球容積比 (fl)				其他※			
血球容積比 HcT (%) ※								
胸部 X光檢查	檢查日期	檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 其他				複查矯治、日期及備註：		
臨時性檢查	檢查名稱	檢查日期	檢查單位	檢查結果	轉介複查追蹤及備註			
健康管理綜合紀錄	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄							

△：學生健康檢查實施辦法中視需要而辦理之項目

※：學校自選項目

Basic Information	Enrollment Date	(mm)/(yy) /	Dept./Institute/Program				Name				
	Date of Birth	(dd)/(mm)/(yy) / /	Blood Type		Gender	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	I.D. No.				
	Permanent address						Cell phone		Attach photo  (if the university / college wants a photo)		
	Mail address	<input type="checkbox"/> As above									
	Emergency contact	Relationship	Name	Phone (home)	Phone (work)		Student's E-mail				

  

Health Information	Please tick of the ailments you have had (please add details for 13. to 18.):	
	<input type="checkbox"/> 1. None	<input type="checkbox"/> 6. Kidney disease
	<input type="checkbox"/> 2. Tuberculosis	<input type="checkbox"/> 7. Epilepsy
	<input type="checkbox"/> 3. Heart disease	<input type="checkbox"/> 8. SLE (Lupus)
	<input type="checkbox"/> 4. Hepatitis	<input type="checkbox"/> 9. Hemophilia
<input type="checkbox"/> 5. Asthma	<input type="checkbox"/> 10. G6PD deficiency	
<input type="checkbox"/> 11. Arthritis	<input type="checkbox"/> 12. Diabetes mellitus	
<input type="checkbox"/> 13. Psychological or mental illness: _____	<input type="checkbox"/> 14. Cancer: _____	
<input type="checkbox"/> 15. Thalassemia: _____	<input type="checkbox"/> 16. Major surgery: _____	
<input type="checkbox"/> 17. Allergy: _____	<input type="checkbox"/> 18. Other: _____	
High myopia: Do you currently have myopia greater than 500 degrees (near-sightedness -5.00 diopters) in either eye? <input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Yes <input type="checkbox"/> 2. Unknown		
Holder of Catastrophic Illness (including Rare Disease) Certificate: <input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Yes - Category: _____		
Holder of Physical/Mental Disability Manual <input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Yes Category: _____ Level: <input type="checkbox"/> 1. Mild <input type="checkbox"/> 2. Moderate <input type="checkbox"/> 3. Severe <input type="checkbox"/> 4. Profound		
Special disease status or matters needing attention: <input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 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.		
Family medical/disease history: Relative with hereditary disorder: <input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Yes, Name of disease _____ <input type="checkbox"/> 2. Unknown Relatives of family members suffering from major hereditary disorder: _____ Name of disease _____		

  

Regular Lifestyle	Tick the boxes that best describe your lifestyle:
	1. How much did you sleep during the past 7 days (not including weekends, or days off)? <input type="checkbox"/> ①≥7 hours a day <input type="checkbox"/> ②<7 hours a day <input type="checkbox"/> ③I suffer from insomnia.
	2. How often did you eat breakfast in the past 7 days (not including weekends, or days off)? <input type="checkbox"/> ④Never <input type="checkbox"/> ①Some days: ___ days. <input type="checkbox"/> ②Every day (Eat: before 9:00 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No; after 9:00 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No)
	3. During the past 7 days, how many days did you do moderate/high intensity exercise (that is, you could talk but not sing while performing the exercise), such as sports, fitness, commuting, and recreational physical activities for at least 10 minutes each time per day? <input type="checkbox"/> ④0 days <input type="checkbox"/> ①1 day <input type="checkbox"/> ②2 days <input type="checkbox"/> ③3 days <input type="checkbox"/> ④4 days <input type="checkbox"/> ⑤5 days <input type="checkbox"/> ⑥6 days <input type="checkbox"/> ⑦7 days
	4. During the past month, did you use tobacco (cigarettes, e-cigarettes, or iQOS)? <input type="checkbox"/> ①Not at all <input type="checkbox"/> ②Some days -please tick: <input type="checkbox"/> ④cigarettes <input type="checkbox"/> ⑤e-cigarettes <input type="checkbox"/> ⑥iQOS (multiple choice) <input type="checkbox"/> ③Every day - please tick: <input type="checkbox"/> ④cigarettes <input type="checkbox"/> ⑤e-cigarettes <input type="checkbox"/> ⑥iQOS (multiple choice) <input type="checkbox"/> ⑦I have quit
	5. During the past month, did you drink alcohol? <input type="checkbox"/> ①Not at all <input type="checkbox"/> ②Some days <input type="checkbox"/> ③ Every day - please tick how many: <input type="checkbox"/> ④2 drinks or more <input type="checkbox"/> ⑤1 drink <input type="checkbox"/> ⑥less than 1 drink <input type="checkbox"/> ⑦I have quit (Note: 1 'drink' means: 330 ml of beer, 120 ml of wine, 45 ml of spirits)
	6. During the past month, did you chew betel nut? <input type="checkbox"/> ①Not at all <input type="checkbox"/> ②Some days <input type="checkbox"/> ③Every day <input type="checkbox"/> ④ I have quit
	7. Do you feel depressed? <input type="checkbox"/> ④Not at all <input type="checkbox"/> ①Sometimes <input type="checkbox"/> ②Often
	8. Do you feel worried? <input type="checkbox"/> ④Not at all <input type="checkbox"/> ①Sometimes <input type="checkbox"/> ②Often
	9. During the past 7 days, how often did you defecate? <input type="checkbox"/> ①At least once a day <input type="checkbox"/> ②Once in 2 days <input type="checkbox"/> ③Once in 3 days <input type="checkbox"/> ④ Once in 4 or more days
	10. During the past 7 days (not including weekends, or days off), how many hours did you use the internet everyday, apart from when doing homework or in class? <input type="checkbox"/> ①less than 2 hours <input type="checkbox"/> ②2-4 hours <input type="checkbox"/> ③4 hours or more: ___hours
	11. How many times do you usually brush your teeth a day? <input type="checkbox"/> ④None <input type="checkbox"/> ①Once <input type="checkbox"/> ②Twice <input type="checkbox"/> ③3 or more times
	12. How often do you have a dental checkup even if there's no toothache or other oral discomfort? <input type="checkbox"/> ①Once every 6 months <input type="checkbox"/> ②Once a year <input type="checkbox"/> ③More than one year <input type="checkbox"/> ④Never
13. Menstrual cycle – female students: Do you have painful menstrual periods? <input type="checkbox"/> ①No <input type="checkbox"/> ②Light pain <input type="checkbox"/> ③Severe pain <input type="checkbox"/> ④ Unknown/Declined to answer	

  

Health Self-	1. During the past month, would you say your health condition is <input type="checkbox"/> ①Excellent <input type="checkbox"/> ②Good <input type="checkbox"/> ③Average <input type="checkbox"/> ④Fair <input type="checkbox"/> ⑤Poor
	2. During the past month, would you say your mental health condition is <input type="checkbox"/> ①Excellent <input type="checkbox"/> ②Good <input type="checkbox"/> ③Average <input type="checkbox"/> ④Fair <input type="checkbox"/> ⑤Poor
	※ Do you currently have any health concerns? <input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Yes
	※ Do you need the university/college to provide any assistance? <input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Yes

Health Examination Record (to be completed by medical personnel)				Date: Day _____ Month _____ Year _____				Examiner's Signature	
Height: _____ cm		Weight: _____ kg		<input type="checkbox"/> Waistline: _____ cm※					
Blood Pressure: _____ / _____ mmHg				Pulse rate: _____ /min ※					
Vision: Uncorrected: Right _____ Left _____		Corrected: Right _____ Left _____							
Eyes	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Color vision deficiency △ <input type="checkbox"/> Other:							
ENT	<input type="checkbox"/> Normal	Hearing abnormality: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Suspected otitis media, such as from a perforated ear drum △ <input type="checkbox"/> Swollen tonsils △ <input type="checkbox"/> Earwax embolism △ <input type="checkbox"/> Other:							
Head & Neck	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Wry neck (torticollis) <input type="checkbox"/> Abnormal mass <input type="checkbox"/> Other:							
Chest	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Cardiopulmonary disease <input type="checkbox"/> Abnormal thorax <input type="checkbox"/> Other:							
Abdomen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal swelling <input type="checkbox"/> Other:							
Spine &limbs	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Scoliosis <input type="checkbox"/> Limb deformity <input type="checkbox"/> Difficulty squatting <input type="checkbox"/> Other:							
Urogenital system △	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Not checked	<input type="checkbox"/> Abnormal foreskin <input type="checkbox"/> Varicocele <input type="checkbox"/> Other:							
Skin	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ringworm <input type="checkbox"/> Scabies <input type="checkbox"/> Wart <input type="checkbox"/> Atopic dermatitis <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Other:							
Oral Health Screening	<input type="checkbox"/> Normal	Untreated caries: <input type="checkbox"/> 0.No <input type="checkbox"/> 1.Yes Missing tooth (been extracted due to caries): <input type="checkbox"/> 0.No <input type="checkbox"/> 1.Yes Filled tooth : <input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Yes Gingivitis※: <input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Yes Dental calculus or tartar※: <input type="checkbox"/> 0.No <input type="checkbox"/> 1.Yes <input type="checkbox"/> Poor oral hygiene <input type="checkbox"/> Malocclusion <input type="checkbox"/> Other							
Summary	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Requires a consultation with : <input type="checkbox"/> Other:						Stamp of hospital/clinic where examination was done		
Laboratory Tests		1 <sup>st</sup> test	Result		Laboratory Tests		1 <sup>st</sup> test	Result	
			Abnormal	Follow up				Abnormal	Follow up
Urinalysis	Protein (+) (-)				Blood lipids	Total cholesterol (mg/dL)			
	Sugar (+) (-)				Renal function	Creatinine (mg/dL)			
	O.B. (+) (-)					UA (mg/dL)			
	pH					BUN (mg/dL) ※			
Blood test	Hb (g/dL)				Liver function	SGOT (AST) (U/L)			
	WBC (10 <sup>3</sup> /μL)					SGPT (ALT) (U/L)			
	RBC (10 <sup>6</sup> /μL)				Hepatitis B	HBsAg △			
	Platelet count(10 <sup>3</sup> /μL)					Anti-HBs △			
	MCV (fl)				Other※				
	HcT (%) ※								
Chest X-ray	Date of X-ray	Result: <input type="checkbox"/> No obvious abnormality <input type="checkbox"/> R/O TB <input type="checkbox"/> TB-related calcification <input type="checkbox"/> Abnormal thorax <input type="checkbox"/> Pleural cavity edema <input type="checkbox"/> Scoliosis <input type="checkbox"/> Cardiomegaly <input type="checkbox"/> Bronchiectasis <input type="checkbox"/> Pulmonary infiltrates <input type="checkbox"/> Solitary pulmonary nodule <input type="checkbox"/> Other:						Further treatment, date, and comment:	
Other tests	Item	Date	Checked by		Result		Follow-up referral and notes:		
Summary	Summary of health examination results, for follow-up or treatment, and case management outline								

△ : The item can be examined as needed under the Implementation Regulations Regarding Students' Health Screening

※ : Optional item