

彰化縣立線西國民中學 學生健康檢查紀錄卡

學生基本資料	入學日期	115年8月	姓名	王小明	學號	115001	原住民身分	☐ 是 ☒ 否
	出生日期	102年8月9日	血型		性別	☐ 男 ☒ 女	身分證字號	N213456789
	戶籍地址	彰化縣線西鄉南埔里中央路二段巷弄145號樓之室						
	現居地址	☒ 同上 ☐ 如右：						
	緊急聯絡人(請詳填二位以上家長監護人或附近親友)	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	年級	班級
	父女	王大明	(04)7584129	(04)234567890	0912345678	七年	1班	1號
	母女	陳小花	(04)7584129		0987654321	八年	班	號
						九年	班	號

健康基本資料

個人疾病史：1. ☒至目前為止身體狀況一切正常

2. 曾經罹患過的疾病

☐1. 心臟病☐2. 第__型糖尿病☐3. 腎臟病☐4. 血友病☐5. 蠱豆症☐6. 肺結核☐7. 氣喘☐8. 肝炎(A、B、C、D、E)☐9. 癲癇☐10. 腦炎☐11. 疝氣_左_右(☐已手術☐未手術)☐12. 過敏物質名稱：☐13. 重大手術名稱：☐14. 罕見疾病：☐15. 海洋性貧血☐16. 紅斑性狼瘡☐17. 關節炎☐18. 心理或精神疾病：☐19. 癌症：☐99. 其他：3. 上述疾病目前是否持續治療中☒否☐是(請續填寫醫療院所名稱與治療藥物名稱與服用方式)

醫療院所名稱：

治療藥物名稱與服用方式：☐否☐是

※若有上述疾病尚未痊癒或仍在治療中，可提供就診病歷摘要(含疾病現況及應注意事項)或診斷書；治療藥物名稱可檢附藥袋，作為照護參考。

☐領有重大傷病證明卡，類別參加保險，類別☐全民健保☐學生團體保險☐其他☐領有身心障礙手冊，類別等級：☐極重度☐重度☐中度☐輕度 ※請檢附並影印重大傷病卡及身心障礙手冊

家族疾病史：患有重大遺傳性疾病的家屬稱謂

，疾病名稱：

特殊疾病現況或應注意事項

☐詳如病歷摘要

家長簽名：

王大明

經常性檢查及缺點矯治

項目	七上		七下		八上		八下		九上		九下	
	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左
身高(公分)												
體重(公斤)												
身高評值	☐ 不足		☐ 不足		☐ 不足		☐ 不足		☐ 不足		☐ 不足	
體位評值	☐ 過輕 ☐ 適中		☐ 過輕 ☐ 適中		☐ 過輕 ☐ 適中		☐ 過輕 ☐ 適中		☐ 過輕 ☐ 適中		☐ 過輕 ☐ 適中	
	☐ 過重 ☐ 超重		☐ 過重 ☐ 超重		☐ 過重 ☐ 超重		☐ 過重 ☐ 超重		☐ 過重 ☐ 超重		☐ 過重 ☐ 超重	
裸眼視力	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左
戴鏡視力	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左
屈光度數	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左
散光度數	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左
屈光異常類別	右	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光
		☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視
		☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視
		☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光
屈光異常類別	左	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視
		☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視	☐ 高度近視
		☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光	☐ 近視 ☐ 散光
		☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視	☐ 遠視 ☐ 弱視
處置情形	右	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳
		☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳
		☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型
		☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他
處置情形	左	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳	☐ 長效散瞳
		☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳	☐ 短效散瞳
		☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型	☐ 角膜塑型
		☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他	☐ 其他

在學期間
重大傷病事故

注意事項

1. 當孩子發生緊急傷病聯絡不到父母本人時，請聯絡上列親友。

2. 續上述，若無法聯絡到父母及上列親友時，學校可依據緊急醫療救護相關規定與送醫程序權宜辦理。

※責任醫院為：彰化縣立醫院

3. 如發生上述狀況家長希望送往醫院☐醫院☐醫院，請務必擇一填寫(切勿複選)

4. 往返車資由家長自行負擔

5. 本人已詳讀上列注意事項並依實填寫各項資料

6. 家長簽名：王大明 (請務必簽中文全名、勿蓋章)

重要紀錄卡請妥善保存
並於畢業(離校)時發還請如實填寫，若有曾患疾病
則於相應欄位勾選

班級座號	班	號	姓名	王小明	學號	115001
檢查日期	年 月 日					
檢查項目	檢查結果(採勾選方式,「其他」未詳列項目請以中文載明。)					檢查醫師
	血壓: / mmHg、脈搏: 次/分、腰圍: 公分(視需要辦理項目)					
尿液檢查	初查日期: 年 月 日		複查日期: 年 月 日		追蹤複查結果	
	尿蛋白(-) 尿糖(-)		尿蛋白(-) 尿糖(-)		☐ 正常 ☐ 已通知,家長未處理	
	潛血(-) 酸鹼度()		潛血(-) 酸鹼度()		☐ 異常,需持續追蹤	
眼睛	☐ 辨色力檢查 ☐ 初查無異狀 ☐ 辨色力異常 ☐ 無明顯異常 ☐ 斜視: ☐ 睫毛倒插 ☐ 眼球震顫 ☐ 眼瞼下垂 ☐ 其他:					
耳鼻喉	☐ 聽力檢查 ☐ 初查無異狀 ☐ 聽力異常: ☐ 左 ☐ 右 ☐ 無明顯異常 ☐ 耳膜破損(右、左) ☐ 耳道畸形(右、左) ☐ 耳前瘻管(右、左) ☐ 唇顎裂 ☐ 構音異常 ☐ 耳垢栓塞(右、左) ☐ 扁桃腺腫大 ☐ 過敏性鼻炎 ☐ 慢性鼻炎 ☐ 其他:					
頭頸	☐ 無明顯異常 ☐ 斜頸 ☐ 異常腫塊(☐ 甲狀腺腫 ☐ 淋巴腺腫大 ☐ 其他異常腫塊) ☐ 其他:					
胸部 (胸腔及外觀)	☐ 無明顯異常 ☐ 胸廓異常: ☐ 其他: ☐ 不同意受檢 ☐ 心肺疾病(☐ 心雜音 ☐ 心律不整 ☐ 呼吸聲異常 ☐ 其他心肺疾病)					
腹部	☐ 無明顯異常 ☐ 腹部異常腫大 ☐ 其他:					
脊柱四肢	☐ 無明顯異常 ☐ 脊柱側彎 ☐ 肢體畸形(☐ 多併指/趾 ☐ 關節變形 ☐ 其他肢體畸形) ☐ 蹲距困難 ☐ 其他:					
男性 泌尿生殖	☐ 無明顯異常 ☐ 包皮異常 ☐ 精索靜脈曲張(追加項目 ☐ 陰囊腫大 ☐ 隱睾) ☐ 其他:					
皮膚	☐ 無明顯異常 ☐ 癬 ☐ 疣 ☐ 紫斑 ☐ 疥瘡 ☐ 溼疹 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 其他:					
口腔	1. 未治療齲齒: ☐ 無 ☐ 有 2. 已治療齲齒: ☐ 無 ☐ 有 3. 恆牙第一大臼齒齲齒經驗: ☐ 無 ☐ 有(上顎 ☐ 16 ☐ 26; 下顎 ☐ 36 ☐ 46) ☐ 口腔衛生不良 ☐ 牙結石 ☐ 牙齦炎 ☐ 牙周病 ☐ 乳牙待拔牙 ☐ 待拔牙 ☐ 贅生牙 ☐ 缺牙 ☐ 阻生牙 ☐ 咬合不正 ☐ 其他:					
增列 檢查項目						
總評建議	☐ 無明顯異常 ☐ 有異狀,需接受 科醫師診治 ☐ 其他建議:					承辦檢查廠商
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	學生健康檢查結果追蹤矯治情形 ☐ 1. 已完成複查與矯治,科別: ☐ 2. 需持續追蹤矯治項目: 個案管理摘要記載:					
預防接種	疫苗種類	流行性感冒疫苗			HPV疫苗/廠牌: ☐ 嘉喜 ☐ 保蓓	
	接種日期				第一劑	第二劑

彰化縣線西國民中學學生健康狀況調查暨緊急事件聯絡表

貴家長：您好！

學生每天在校時間長達八小時以上，由於學生活動力強加上缺乏安全意識，有時難免會有緊急傷病發生，為能及時掌握學生個人健康資料，提高緊急救治與照護的效能，請貴家長詳閱下列調查表，並詳實填寫。

一、學生基本資料：

姓名：王小明 性別：女 血型：☐A ☐B ☐O ☐AB ☒不詳
 出生：102年8月9日 身分證字號：N21345678
 住址：彰化縣線西鄉高埔村中央路二段145號

年	班	座號
七	1	1
八		
九		

二、學生因病需緊急求助時，請聯絡下列人員：（務必填寫上班時間確實能聯絡上的家人電話。）

關係	姓 名	住宅電話(聯絡時間)	公司電話(聯絡時間)	手 機
父女	王大明 (主要聯絡人)	(04) 7584129	(04) 7AM-17PM 1234567#890	0912345678
母女	陳小花	(04) 7584129		0987654321

三、學生身體健康狀況調查：屬於隱私性的問題學校會盡保護責任，所以請確實填寫。

《若有特殊疾患附上醫院醫師開具照護要點會更好，如病例摘要或診斷書。》

(一)醫師曾經診斷有下列疾病名稱者，請在該年級的☐內做「✓」記號及寫出病名或名稱。

請如實填寫，若有曾患疾病，則於相對應欄位勾選

代號	病 名	七年級	八年級	九年級
1	目前為止身體健康無疾病	✓		
2	肺結核			
3	心血管疾病 (請寫病名)			
4	肝膽疾病 (請寫病名)			
5	氣喘			
6	腎臟及泌尿系統疾病			
7	癲癇症			
8	紅斑性狼瘡			
9	血友病			
10	蠶豆症			
11	關節炎			
12	糖尿病			
13	腫瘤 (請寫病名)			
14	海洋性貧血			
15	重大手術名稱 (請寫名稱)			
16	過敏物質 (請寫名稱)			
17	腦炎及腦膜炎			
18	燒燙傷 (部位)			
19	罕見疾病 (請寫病名)			
20	其 他 (請寫出名稱)			
家長簽章 (請用原子筆簽全名)		王大明		

【續背面】

(二) 上列疾病中：☐已痊癒 ☐未痊癒，但目前不需治療

☐正接受治療，目前就醫狀況：☐中醫 ☐西醫，就診醫院_____

(三) 因上述疾病，需特別注意事項：_____

(四) ☐領有重大傷病證明卡，類別：_____。保險類別☐全民健保☐學生團體保險☐其他

☐領有身心殘障手冊，類別_____等級：☐極重度☐重度☐中度☐輕度

(五) 家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____

(六) 為了維護學生安全，如果在學校發生緊急事故，若連絡不到父母或關係人時，學校得依傷病程度，送往最近之醫院救護【彰濱秀傳紀念醫院】

若家長希望送往其他醫院，請填寫：彰濱醫院

我，願意尊重校方的建議，當敝子弟在遭遇緊急傷病時，若無法聯絡家長，得直接和所列的人取得聯絡，皆無法聯絡，則學校得以依傷病程度，送最近醫院救護，以維護學生的生命安全，特此告知家長。若家長希望學生前往其他醫療機構就診，但未於第六欄填寫，則請在校方帶至上述醫療機構做初步治療後，再自行辦理轉院，往返車資需由家長自行負擔。

家長／監護人 簽章 王大明 日期：115.8.24

四、以上學生及家長資料如有更動，請將更正資料寫於下面表格中：

姓 名	關係	住宅電話(聯絡時間)	公司電話(聯絡時間)	手 機	更正日期

說明：

※如孩子因病就醫，請家長勿輕忽，接獲通知立即到校，以免延誤病情。

※您的孩子若在家就有發燒、昏倒、呼吸困難等症狀，請送醫後讓他在家休息，千萬不能勉強到校，並請通知老師。

※如果您的孩子在學校生病，請您來接他回去，千萬不能讓他單獨回家。

※本表於每學期初發放，請於一週內交回級任導師彙整。

※學童需要護理服務時，歡迎直接與學校健康中心護理人員聯絡。電話：7584129#36

※本表使用至學生國中畢業，請妥善保管、保持乾淨、勿遺失，謝謝！

～ 孩子因您的愛而健康茁壯，讓我們一起陪伴他們平安喜悅的成長！～

彰化縣線西國民中學 敬啟