彰化縣立線西國民中學　學生健康檢查紀錄卡

請如實填寫，若有曾患疾病則於相應欄位勾選

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）市 線西 市區（鄉）鎮 富埔（村）里 鄉 中央（路）街 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
	父女	王大明	(04)7584129	(04)1234567#890	0912345678
	母女	陳小花	(04)7584129		0987654321

年級	班級	座號
七 年	1 班	1 號
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. 蠶豆症
□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。

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

□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之家屬稱謂___________，疾病名稱：___________

經常性檢查及缺點矯治

項目 \ 年級		七上	七下	八上	八下	九上	九下
生長發育	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 □過重□超重	□過輕□適中 □過重□超重	□過輕□適中 □過重□超重	□過輕□適中 □過重□超重	□過輕□適中 □過重□超重	□過輕□適中 □過重□超重
視力檢查及矯治追蹤	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 □遠視□弱視 □高度近視	□近視□散光 □遠視□弱視 □高度近視	□近視□散光 □遠視□弱視 □高度近視	□近視□散光 □遠視□弱視 □高度近視	□近視□散光 □遠視□弱視 □高度近視	□近視□散光 □遠視□弱視 □高度近視
	屈光異常類別 左	□近視□散光 □遠視□弱視 □高度近視	□近視□散光 □遠視□弱視 □高度近視	□近視□散光 □遠視□弱視 □高度近視	□近視□散光 □遠視□弱視 □高度近視	□近視□散光 □遠視□弱視 □高度近視	□近視□散光 □遠視□弱視 □高度近視
	處置情形	□長效散瞳 □短效散瞳 □角膜塑型 □其他____	□長效散瞳 □短效散瞳 □角膜塑型 □其他____	□長效散瞳 □短效散瞳 □角膜塑型 □其他____	□長效散瞳 □短效散瞳 □角膜塑型 □其他____	□長效散瞳 □短效散瞳 □角膜塑型 □其他____	□長效散瞳 □短效散瞳 □角膜塑型 □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：彰濱秀傳醫院
3. 如發生上述狀況家長希望送往醫院□彰基醫院~~□____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）

重要紀錄卡請妥善表存
並於畢業(離校)時發還

班級座號	1 班	1 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（－） 潛 血（－） 酸鹼度（ ）	尿蛋白（－） 尿 糖（－） 潛 血（－） 酸鹼度（ ）	□正常□已通知，家長未處理 □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) □耳道畸型(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 □不同意受檢	□胸廓異常：____ □其他：____ □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 □不同意受檢	□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 □不同意受檢	□包皮異常 □精索靜脈曲張(追加項目□陰囊腫大□隱睪) □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

109年 教育部國民及學前教育署 修訂

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

年	班	座號
七	1	1
八		
九		

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：彰化縣線西鄉寓埔村中央路二段145號

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：彰基醫院

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，特以此告知家長**。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