

五王國民小學 學生健康狀況調查表

親愛的家長：您好！

本校為了解貴子弟的健康狀況，期能早期發現體格缺點與疾病，進而早期矯治，教育局將於本學度實施一年級學生健康檢查，包括小兒科、眼科、耳鼻喉科、牙科等項目檢查，檢查結果將書面通知您，健康檢查前需請家長據實填寫學生平日健康狀況，提供醫師參考；並使有需要的學生，在學校能得到妥善的照顧與配合。謝謝您的合作！

五王國民小學健康中心 敬啟 105年9月01日

班級：_____年_____班 學生姓名：_____ 座號：_____

入學年月	年 月	性別	身份證號	出生日期	年 月 日
緊急聯絡人	家 長 (監護人)	關係	姓名	電話	住宅： 公司：
		關係	姓名	電話	BBCALL(大哥大)
	附近親友	關係	姓名	電話	住宅： 公司：

一、 到目前為止身體狀況一切正常

二、個人疾病史：

- | | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 01. 心臟病 | <input type="checkbox"/> 05. 蠶豆症 | <input type="checkbox"/> 09. 癲癇 | <input type="checkbox"/> 12. 過敏物質_____ |
| <input type="checkbox"/> 02. 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 06. 肺結核 | <input type="checkbox"/> 10. 腦炎 | <input type="checkbox"/> 13. 重大手術_____ |
| <input type="checkbox"/> 03. 腎臟病 | <input type="checkbox"/> 07. 氣喘 | <input type="checkbox"/> 11. 疝氣 | <input type="checkbox"/> 14. 精神疾病 |
| <input type="checkbox"/> 04. 血友病 | <input type="checkbox"/> 08. 肝炎 (A . B. C. D. E) | <input type="checkbox"/> 15. 其他_____ | |

三、上列疾病中，貴子弟： 已痊癒

正接受治療

未痊癒，但目前不需治療

四、因上述疾病，需特別注意事項：_____

五、因先天性疾病或意外引起的缺陷或殘障：_____

經政府鑑定領有殘障手冊者：()度殘字第 _____ 號

六、家族健康史：上述疾病中，若您的家人曾患或正在治療中，請填上
疾病名稱：_____，患者與學童關係：_____

是否加入全民健保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	列舉學校附近常去就診健保特約醫院診所名稱 (僅供參考)
		(1) _____ (2) _____

說明：

1. 上列之學生資料視為保密資料，不對外公開。
2. 當學童發生緊急傷病而需至醫院求診時，首先聯絡家長或親屬，故緊急聯絡人或親友聯絡電話之欄位請詳填。
3. 若無法聯絡到家長或親屬時，校方則依學生之情形而選擇離校最近之健保特約醫療院所就醫。

家長簽章：_____ 年_____月_____日