

桃園市立武陵高級中等學校 學生健康基本資料及健康檢查紀錄卡

學生基本資料	入學日期	年 月 日	姓 名											學 號						
	出生日期	年 月 日	血型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號									原住民身份	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	戶籍地址											學生手機					一上	一年	班	號
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：										家中電話					一下	一年	班	號
緊急聯絡人	關係	姓名		工作機構		電話（公）		行動電話						二上	二年	班	號			
														三上	三年	班	號			
														三下	三年	班	號			
														休學、轉學、復學等紀錄						
健康基本資料	個人疾病史 1. <input type="checkbox"/> 至目前為止身體狀況一切正常 2. 曾經罹患過的疾病 <input type="checkbox"/> 1 心臟病 <input type="checkbox"/> 2 第__型糖尿病 <input type="checkbox"/> 3 腎臟病 <input type="checkbox"/> 4 血友病 <input type="checkbox"/> 5 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 6 肺結核 <input type="checkbox"/> 7 氣喘 <input type="checkbox"/> 8 肝炎（A、B、C、D、E） <input type="checkbox"/> 9 癲癇 <input type="checkbox"/> 10 腦炎 <input type="checkbox"/> 11 疝氣_左_右（ <input type="checkbox"/> 已手術治療 <input type="checkbox"/> 未手術治療） <input type="checkbox"/> 12 過敏物質名稱：_____ <input type="checkbox"/> 13 重大手術名稱：_____ <input type="checkbox"/> 14 罕見疾病：_____ <input type="checkbox"/> 15 海洋性貧血 <input type="checkbox"/> 16 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 17 關節炎 <input type="checkbox"/> 18 心理或精神疾病：_____ <input type="checkbox"/> 19 癌症：_____ <input type="checkbox"/> 99 其他：_____ 3. 上述疾病目前是否持續治療中 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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。 家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____, 疾病名稱_____。 <input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別參加保險，類別 <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 學生團體保險 <input type="checkbox"/> 其他 <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 ※請檢附並影印重大傷病卡及身心障礙手冊																		特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要	
	親愛的家長： 1. 本校為了瞭解貴子弟的健康情形，及學生在校發生緊急傷病需至醫院求診時，需連絡家長或親屬，請您務必詳填上述資料（緊急聯絡人欄位），使學生在校能得到妥善的醫療照護，謝謝您的合作配合。 2. 當孩子發生緊急傷病聯絡不到父母本人時，將聯絡上列親友；若無法聯絡到父母及上列親友時，學校將依據緊急醫療救護相關規定與送醫程序權宜辦理。 3. 為預防學生參與教學活動暨運動競賽時可能意外事件的發生，顧及學生安全，將主動提供個人健康狀況於相關處室及任課老師，以作為教學活動及體育競賽活動安排之參考， <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 家長簽名：_____ 日期：_____																			
	經常性檢查及其缺點矯治	生長發育	年級 項目	一		二		三												
				上	下	上	下	上	下											
視力檢查及複查		身高（公分）																		
		體重（公斤）																		
		腰圍（公分）																		
		裸視 右眼																		
		裸視 左眼																		
		矯正 右眼																		
		矯正 左眼																		
		屈光異常類別	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視												
處置情形	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他														
在學期間重大傷病綜合紀錄	重要紀錄卡 請妥善保存 畢業(離校)時發還																			

學 號		班級座號		姓 名		
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。）				醫事人員簽章	
血壓	① _____ / _____ mmHg 脈搏：_____ 次/分 ② _____ / _____ mmHg 脈搏：_____ 次/分					
	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常收縮壓 <input type="checkbox"/> 異常舒張壓					
脈搏	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常脈搏					
眼睛	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 斜視：_____ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼臉下垂 <input type="checkbox"/> 其他_____					
辨色力	<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 <input type="checkbox"/> 耳膜破損（右、左） <input type="checkbox"/> 耳道畸形（右、左） <input type="checkbox"/> 耳前瘻管（右、左） <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 耳垢栓塞（右、左） <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其他					
聽力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 左耳聽力弱 <input type="checkbox"/> 右耳聽力弱 <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"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他異常腫塊） <input type="checkbox"/> 其他_____					
胸部X光	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 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"/> 其他_____					
胸部 (胸腔及外觀)	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 不同意受檢 <input type="checkbox"/> 心肺疾病（ <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其他心肺疾病_____）					
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢 <input type="checkbox"/> 腹部異常腫大 <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"/> 多併指（趾） <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 其他肢體畸形_____） <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他_____					
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢 <input type="checkbox"/> 隱罩 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他_____※僅限男生受檢					
皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其他_____					
口腔	未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 已治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 恆牙第一大白齒齲齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，上顎 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 26；下顎 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 乳牙待拔牙 <input type="checkbox"/> 待拔牙 <input type="checkbox"/> 贅生牙 <input type="checkbox"/> 缺牙 <input type="checkbox"/> 阻生牙 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他_____					
尿液 檢查	初查日期：_____年_____月_____日		複查日期：_____年_____月_____日		複查結果追蹤	
	尿蛋白（ ） 尿 糖（ ） 尿潛血（ ） 酸鹼度（ ）		尿蛋白（ ） 尿 糖（ ） 尿潛血（ ） 酸鹼度（ ）			
血液 檢查	實驗室檢查項目	初檢報告	判 讀	實驗室檢查項目	初檢報告	判 讀
	白血球($10^3/\mu\text{L}$)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	肌酸酐(mg/dl)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	紅血球($10^6/\mu\text{L}$)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	尿酸(mg/dl)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	血小板($10^3/\mu\text{L}$)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	血尿素氮(mg/dl)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	血色素(g/dl)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	總膽固醇(mg/dl)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	血球容積比Hct(%)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	三酸甘油脂(mg/dl)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	平均血球容積MCV(fl)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	飯前(後)血糖(mg/dl)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	SGOT(U/L)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	B型肝炎表面抗原		<input type="checkbox"/> 有反應 <input type="checkbox"/> 無反應
	SGPT(U/L)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	B型肝炎表面抗體		<input type="checkbox"/> 有反應 <input type="checkbox"/> 無反應
增列 檢查項目						
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：_____			承辦檢查廠商簽章		
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	學生健康檢查結果追蹤矯治情形： <input type="checkbox"/> 1. 已完成複查與矯治，科別：_____ <input type="checkbox"/> 2. 需持續追蹤矯治項目：_____ 個案管理摘要記載：					
預防接種	流感疫苗接種日期：_____年_____月_____日、_____年_____月_____日、_____年_____月_____日					

