

三坑國民小學 學生健康狀況調查暨緊急事件聯絡表

年 _____ 班 座號：_____ 學生姓名：_____

住址： _____ 縣 _____ 鄉鎮 _____ 村里 _____ 鄰 _____ 路街 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號

入學 年月	年 月	性別		身份證 字 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	手 機： _____
	附 近 親 友	關 係		姓 名		電 話	住宅： _____ 手 機： _____
		關 係		姓 名		電 話	住宅： _____ 手 機： _____

一、 到目前為止身體狀況一切正常

二、個人疾病史：本人曾患過的疾病

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 無 | <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 | <input type="checkbox"/> 13. 腫瘤(癌)： _____ |
| <input type="checkbox"/> 2. 肺結核 | <input type="checkbox"/> 9. 血友病 | <input type="checkbox"/> 14. 貧血： _____ |
| <input type="checkbox"/> 3. 心血管疾病 | <input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症 | <input type="checkbox"/> 15. 重大手術名稱： _____ |
| <input type="checkbox"/> 4. 肝膽疾病 | <input type="checkbox"/> 11. 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 16. 過敏物質名稱： _____ |
| <input type="checkbox"/> 5. 氣喘 | <input type="checkbox"/> 12. 心理或精神疾病： _____ | <input type="checkbox"/> 17. 腦炎及腦膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 6. 腎臟及泌尿系統疾病 | | <input type="checkbox"/> 18. 罕見疾病： _____ |
| <input type="checkbox"/> 7. 癲癇症 | | <input type="checkbox"/> 19. 其它： _____ |

三、上列疾病中： 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、最近二個月內是否曾因傷病而就醫： 否 是，原因 _____

六、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

七、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： _____ 患者與學生關係： _____

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

- 說明：1. 上述資料已據實填寫。
 2. 當孩子發生緊急傷病如聯絡不到本人時，請聯絡上述親友。
 3. 如聯絡不到本人及上述親友時，請學校權宜處理。

家長簽名： _____ 年 _____ 月 _____ 日