

健康狀況調查表

親愛的家長您好：(請於 7/15 新生成長營交回)

為充分瞭解 貴子弟之健康狀況，維護其在本校就學期間之醫療安全，以提供適切而妥善的醫療照護，並因應學生在發生緊急傷病事件時，作為醫療院所診治或聯絡家人及親屬之依據，請您撥冗確實閱讀並詳填下列資料。貴子弟之各項健康基本資料，請依正式經由醫院診斷的結果為填寫依據，如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，以作為照護之參考。於本校就學期間，如緊急聯絡人或學生的基本資料有異動情形，請務必告知健康中心更動，以利聯絡。健康中心電話：_05-5862024_分機_332_

班級：_____ 座號：_____ 學號：_____

學生基本資料	出生年月日		姓名		性別	☐ 男 ☐ 女
	原住民身份	☐ 是 ☐ 否	身分證字號			
	住宅地址					
緊急聯絡人	關係	姓名	電話（家）	電話（公）	行動電話	
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__右__左（☐已手術治療 ☐未手術治療） ☐ 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。					
	☐領有重大疾病證明卡，類別_____※請檢附重大傷病卡及身心障礙手冊影本 ☐領有身心障礙手冊，類別_____等級：☐極重度☐重度☐中度☐輕度					
簽名	家長簽名（請以原子筆簽中文全名）：					