

健康狀況調查表

親愛的家長您好：(請於 7/13 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）：					