

新生健檢前所需準備單張(單張1)



新北市立新店高中
New Taipei Municipal Hsin Tien Senior High School

健康資料卡(前頁)

學生健康資料卡:男生為綠卡

女生為粉紅卡

範例:基本資料/健康資料請學生確實填寫;
填寫後請家長確認簽名

新 北 市 立 新 店 高 級 中 學										
親愛的家長您好: 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,可提供就診病例摘要(含疾病現況及應注意事項),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。 健康中心聯絡電話:2213700 分機411,410 專線:										
班級座號		一年 班 號		二年 班 號		三年 班 號				
學生基本資料	入學日期	○ 年 ○ 月	姓名	○○○	學號	○○○○○	原住民身份	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	出生日期	○ 年 ○ 月 ○ 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	○○○○○	血型			
	現居地址	○○○○○								
	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		父親	○○○	○○○○○○○○○	○○○○○○○○○	○○○○○○○○○○○				
		母親	○○○	○○○○○○○○○	○○○○○○○○○	○○○○○○○○○○○				
		○○○	○○○	○○○○○○○○○	○○○○○○○○○	○○○○○○○○○○○				
	個人疾病史: 1. <input type="checkbox"/> 至目前為止身體狀況一切正常 2. 本人曾經罹患過的疾病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 腦炎 <input type="checkbox"/> 風濕熱 <input type="checkbox"/> 肝炎(A、B、C、D、E) <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 第____型糖尿病 <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 海洋性貧血 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 過敏物質名稱:____ <input type="checkbox"/> 疝氣____右____左____(<input type="checkbox"/> 已手術治療 <input type="checkbox"/> 未手術治療) <input type="checkbox"/> 心理或精神疾病:____ <input type="checkbox"/> 癲癇:____ <input type="checkbox"/> 重大手術名稱:____ <input type="checkbox"/> 其他:____ 3. 罹患上述疾病目前是否持續治療中 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (請續填寫醫療院所名稱、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"/> 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 ※請檢附身心障礙手冊影本 家族疾病史:患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂____,疾病名稱____ 1. 當孩子發生緊急傷病時會連絡父母,聯絡不到父母本人時,將聯絡上列親友。 2. 承上,無法聯絡到父母及上列親友時,學校將依據緊急醫療救護法相關規定與送醫程序權宜辦理。 ★本人已詳讀上列注意事項並依實填寫各項資料★									
	家長簽名:○○○ (請務必簽中文全名)(蓋章)									
	經常性檢查及缺點矯治	年級	一上	一下	二上	二下	三上	三下		
		身高(公分)								
		體重(公斤)								
		備註	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	
	視力檢查	裸視	右眼							
左眼										
戴鏡		右眼								
左眼										
預防接種		流感疫苗接種日期 高一 年 月 日 高二 年 月 日 高三 年 月 日								
在學期間重大傷病事故										



健康資料卡(後頁)

此為健檢細項；由健檢醫院填寫

健康檢查記錄				
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	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常 收縮壓:_____mmHg 舒張壓:_____mmHg			
脈搏	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常 次/分			
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			
眼睛	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視:_____ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他			
耳耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 聽力異常(右、左) <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"/> 鼻頸裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 咽喉堵塞(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			
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) <input type="checkbox"/> 其他			
胸腔及外觀	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其他			
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢 <input type="checkbox"/> 心臟疾病(<input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常) <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他			
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 骨性側彎 <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"/> 踇趾困難 <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"/> 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			
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"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其他			
口腔	<input type="checkbox"/> 未治療齲齒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 已治療齲齒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 恆牙第一大臼齒齲齒經驗: <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"/> 恆牙第一大臼齒高薄封填: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 缺牙 <input type="checkbox"/> 阻生牙 <input type="checkbox"/> 贅生牙 <input type="checkbox"/> 待拔牙 <input type="checkbox"/> 乳牙待拔 <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			
血液檢查	實驗室檢查項目	初檢報告	實驗室檢查項目	初檢報告
血液檢查	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	三酸甘油酯(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
	增列項目			
	總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異常,需接受 醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議:_____ 承辦檢查醫療院所簽章		
臨時性檢查	檢查名稱	檢查日期	檢查單位	檢查結果
健康資料卡	學生健康檢查結果追蹤矯治情形			
綜合紀錄	1. 已完成複查與矯治,科別:_____ 2. 需持續追蹤矯治項目:_____ 個案管理摘要記載:_____			