

國民中學：校名

學生健康檢查紀錄卡

學 號

學生基本資料	入學日期	年 月	轉入日期	年 月 日	姓 名								
	出生日期	年 月 日	血型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號						
	戶籍地址	縣 市區 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓之		市 鄉鎮 里 街		室							
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：											
	緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	年級	班級	座號				
						七 年	班	座號					
						八 年	班	座號					
						九 年	班	座號					

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 <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_____						特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要(入學後若有新增疾病請主動告知導師及健康中心)					
	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。						家長簽名：_____					
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別_____						<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												
家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱_____												
法定代理人：領有身心障礙手冊，稱謂：_____，等級 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度(其他級別不調查)												

經常性檢查及缺點矯治	生長發育	年級項目	七上	七下	八上	八下	九上	九下	
		身高(公分)							
		身高不足評值							
		體重(公斤)							
	體位評值	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	
	視力檢查及複查	裸視視力	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	
		矯正視力	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	
		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	<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
		屈光度數	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	
		處置情形	<input type="checkbox"/> 點藥治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 點藥治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 點藥治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 點藥治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 點藥治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 點藥治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 點藥治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 其他

在學期間 重大傷病事故	重要記錄卡 請妥善保存 畢業時發還
----------------	-------------------------

注意事項	1. 當孩子發生緊急傷病聯絡不到父母本人時，請聯絡上列親友。 2. 續上述，若無法聯絡到父母及上列親友時，學校可依據緊急醫療救護相關規定與送醫程序權宜辦理。 ※責任醫院為：_____醫院及_____醫院 3. 往返車資由家長自行負擔 4. 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、勿盖章)
------	---

學號		班級座號		姓名	
檢查日期	年 月 日				
檢查項目	檢查結果 (異常者打勾)				檢查醫師簽章
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_____			
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_____			
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 聽力異常 (右、左)			
胸腔	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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"/> 胸廓異常 <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"/> 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"/> 蹠距困難 <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"/> 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"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他_____			
口腔	1. 未治療齲齒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 2. 已治療齲齒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 3. 恆牙第一大臼齒齲齒經驗: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有; <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 26、 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 46 4. 恆牙第一大臼齒窩溝封填: <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"/> 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"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他				
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: _____				承辦檢查醫院
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 () 潛血 () 酸鹼度 ()	尿蛋白 () 尿糖 () 潛血 () 酸鹼度 ()			
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
	心臟病篩檢		兒童心臟病基金會		
健康管理綜合紀錄	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	HPV 疫苗接種日期/廠牌		流感疫苗接種日期/廠牌		新冠肺炎疫苗接種日期/廠牌
	<input type="checkbox"/> 嘉喜疫苗(9價) <input type="checkbox"/> 保蓓疫苗(2價)				
	<input type="checkbox"/> 第一劑	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 第二劑	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 第三劑	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
備註					