

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 鄉鎮	村 里	鄰 路 街	段 巷 弄 號	樓之室	一年 班 座號								
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：						二年 班 座號							
	監護人及附近親友緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	三年 班 座號								
							四年 班 座號								
						五年 班 座號									
						六年 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。															
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別_____						家長簽名：									
	<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															

家族疾病史：患有重大遺傳性疾患者之家屬稱謂：_____，疾病名稱_____，等級極重度 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	一		二		三		四		五		六		
			上	下	上	下	上	下	上	下	上	下	上	下	
		身高(公分)													
	身高評值	不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足		
	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	<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	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	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	<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	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"/> 角膜塑形 <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"/> 角膜塑形 <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"/> 角膜塑形 <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"/> 角膜塑形 <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"/> 角膜塑形 <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"/> 角膜塑形 <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"/> 角膜塑形 <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"/> 角膜塑形 <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"/> 角膜塑形 <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"/> 角膜塑形 <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"/> 角膜塑形 <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"/> 角膜塑形 <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"/> 角膜塑形 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 其他		
頭蝨檢查															

在學期間重大傷病事故	新生立體感初檢結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀 醫師複檢結果：
------------	--

預防接種	流感疫苗接種日期/廠牌	年 月 日	新冠肺炎疫苗接種日期/廠牌	年 月 日	1. 接種紀錄卡影本 <input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳 2. 學齡前應完成劑次 <input type="checkbox"/> 全數完成 <input type="checkbox"/> 未完成 3. 左列疫苗係學生於入小一後，在醫療院所/衛生所完成補種之劑次。 4. 學齡前含 DTP/DTaP/Tdap 之相關疫苗其第四劑於4歲後才接種，則滿5歲之DTaP-IPV無須再接種。 5. 小一入學後補種使用 6. 卡介苗 <input type="checkbox"/> 無接種紀錄且測驗陰性者補種，補種日期：年 月 日
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日	

民國 年 月 日 健康檢查紀錄 承辦醫院名稱：					民國 年 月 日 健康檢查紀錄 承辦醫院名稱：					
檢查項目	一年	班 座號：	醫事人員簽章		四年	班 座號：	醫事人員簽章		醫事人員簽章	
	姓名：				姓名：					
眼	<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___			<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"/> 耳垢栓塞(右、左) <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <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___			<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"/> 耳垢栓塞(右、左) <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <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"/> 淋巴腺腫大) <input type="checkbox"/> 其他			<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				
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			<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			<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"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他			<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"/> 蹲距困難 <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"/> 隱睾 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他			<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢	<input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <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"/> 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			<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				
口腔檢查	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. 上顎 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 26；下顎 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 46 4. 恆牙第一大臼齒齲齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 5. 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"/> 其他				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. 上顎 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 26；下顎 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 46 4. 恆牙第一大臼齒齲齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 5. 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"/> 其他					
增列項目										
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：	檢查醫院			<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：	檢查醫院				
實驗室檢查	一年級蟻蟲檢查： 結果： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性，已服藥完成日期：				四年級蟻蟲檢查： 結果： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性，已服藥完成日期：					
	一年級尿液檢查日：		複查日：		四年級尿液檢查日：		複查日：			
	尿蛋白(-) 尿糖(-) 潛血(-) 酸鹼度()	尿蛋白(-) 尿糖(-) 潛血(-) 酸鹼度()	尿蛋白(-) 尿糖(-) 潛血(-) 酸鹼度()	尿糖(-) 酸鹼度()	尿蛋白(-) 尿糖(-) 潛血(-) 酸鹼度()	尿糖(-) 酸鹼度()	尿蛋白(-) 尿糖(-) 潛血(-) 酸鹼度()	尿糖(-) 酸鹼度()	酸鹼度()	
追蹤情形				追蹤情形						
其他檢查	名稱	日期	結果	檢查單位	複查追蹤	名稱	日期	結果	檢查單位	複查追蹤
	心臟病篩檢			兒童心臟病基金會						
健康管理	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：				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：					
綜合紀錄	個案管理摘要記載：									