

學生基本資料	入學日期	年 月	休學	年 月	復學	年 月	姓名					學號					
	出生日期	年 月 日	血型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號									原住民身份	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	戶籍地址	縣 市區 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 室 市 鄉鎮 里 街															
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：											學生手機：				
	緊急聯絡人	附家長監護人及近親友	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話					一年 班 號					

健康基本資料	個人疾病史：	特殊疾病現況或應注意事項
	<p>1. <input type="checkbox"/>至目前為止身體狀況一切正常</p> <p>2. 曾經罹患過的疾病</p> <p><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</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/>12 過敏物質名稱：_____ <input type="checkbox"/>13 重大手術名稱：_____</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>18 心理或精神疾病：_____ <input type="checkbox"/>19 癌症_____</p> <p><input type="checkbox"/>99 其他_____</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>※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。</p>	<p><input type="checkbox"/>詳如病歷摘要</p> <p>家長簽名：</p>
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡 <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：患有重大遺傳性疾患者家屬稱謂_____，疾病名稱_____。		

經常性檢查及其缺點矯治	生長發育	年級項目	一		二		三		四	
			上	下	上	下	上	下	上	下
		身高(公分)								
		體重(公斤)								
	BMI									
	體位評估	<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	裸眼視力	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左
		戴鏡視力	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左
		屈光度數	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
處置情形		<input type="checkbox"/> 長效散瞳	<input type="checkbox"/> 長效散瞳	<input type="checkbox"/> 長效散瞳	<input type="checkbox"/> 長效散瞳	<input type="checkbox"/> 長效散瞳	<input type="checkbox"/> 長效散瞳	<input type="checkbox"/> 長效散瞳	<input type="checkbox"/> 長效散瞳	<input type="checkbox"/> 長效散瞳
		<input type="checkbox"/> 短效散瞳	<input type="checkbox"/> 短效散瞳	<input type="checkbox"/> 短效散瞳	<input type="checkbox"/> 短效散瞳	<input type="checkbox"/> 短效散瞳	<input type="checkbox"/> 短效散瞳	<input type="checkbox"/> 短效散瞳	<input type="checkbox"/> 短效散瞳	<input type="checkbox"/> 短效散瞳

在學期間重大傷病事故		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">             重要記錄卡 請妥善保存 畢業時發還           </div>
------------	--	---

疫苗接種紀錄	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
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日

學號				班級座號			姓名			
檢查日期	年 月 日									
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: _____ / _____ mmHg 脈搏: _____ 次/分 腰圍: _____ 公分									
血壓	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常收縮壓: _____ mmHg			<input type="checkbox"/> 舒張壓: _____ mmHg					
脈搏	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常脈搏: _____ 次/分								
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"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 耳垢栓塞(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"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他異常腫塊) <input type="checkbox"/> 其他__								
胸部 (胸腔及外觀)	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他_____			<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"/> 其他心肺疾病_____)					
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 腹部異常腫大 <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_____								
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<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"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其他__								
口腔	未治療齲齒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 已治療齲齒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 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 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_____									
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( )		尿蛋白( ) 尿糖( )							
	尿潛血( ) 酸鹼度( )		尿潛血( ) 酸鹼度( )							
血液檢查	實驗室檢查項目		初檢報告		判讀		實驗室檢查項目		初檢報告	判讀
	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	
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_____								
增列檢查項目										
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀, 需接受 _____ 科醫師診治							承辦檢查醫療機構簽章		
	<input type="checkbox"/> 其他建議: _____									
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	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:									
備註										