

國民中學：校名 \_\_\_\_\_ 學生健康檢查紀錄卡

學號 \_\_\_\_\_

學生基本資料 (手機)	入學日期	年 月	轉學	年 月	畢業國小	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 室 市 鄉鎮 里 街																			
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：																			
	家長監護人及附近親友 緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	年級	班級	座號												
						七年	班	號													
						八年	班	號													
						九年	班	號													

健康基本資料	個人疾病史： 本人曾患過的疾病	特殊疾病現況或應注意事項
	<input type="checkbox"/> 1. 心臟病 <input type="checkbox"/> 7. 氣喘 <input type="checkbox"/> 13. 重大手術名稱：_____ <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"/> 20. 無 <input type="checkbox"/> 99. 其他：_____	<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)
	<input type="checkbox"/> 2. 第__型糖尿病 <input type="checkbox"/> 8. __型肝炎 <input type="checkbox"/> 3. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 9. 癲癇 <input type="checkbox"/> 4. 血友病 <input type="checkbox"/> 10. 腦炎 <input type="checkbox"/> 5. 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 11. 疝氣 <input type="checkbox"/> 6. 肺結核 <input type="checkbox"/> 12. 過敏物質：_____	家長簽名(請簽中文全名)：_____
	<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	
若有上述特殊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)，做為照護參考。 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	七上	七下	八上	八下	九上	九下	
		項目							
		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"/> 肥胖	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖	
	裸眼	右							
		左							
	矯正	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	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		
已通知家長									

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
----------------	-------------------------

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												
	血壓： / mmHg(視需要辦理項目) 腰圍： 公分(視需要辦理項目)																
眼睛	<input type="checkbox"/> 辨色力初查無異狀		<input type="checkbox"/> 辨色力異常														
	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 其他 ( *追加 <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 )														
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		聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右														
			<input type="checkbox"/> 其他														
胸腔	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<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"/> 未受檢		<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"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他														
	<input type="checkbox"/> 未受檢																
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"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他														
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 其他														
	<input type="checkbox"/> 未受檢																
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. 齲齒經驗： <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 (16 或 26 或 36 或 46)																
	※ 有實施口檢表項目 請將上列 1-3 項以符號紀錄於口腔檢查表																
	4. 恆牙大白齒之窩溝封填： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																
	5. <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"/> 其他																
	6. (國高中)黏膜狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 需轉介																
口腔 檢查表	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	上			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	左			上
	下			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	右			下
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
C-齲齒 X-缺牙 △-已矯治 /-待拔牙(因齲齒造成之殘根) φ-阻生牙 S-贅生牙 h 乳牙待拔																	
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：																
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 ( )									
	潛血 ( ) 酸鹼度 ( )							潛血 ( ) 酸鹼度 ( )									
臨時性 檢查與 預注	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				
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：																	