

# 高級中等學校：校名 \_\_\_\_\_ 學生健康檢查紀錄卡

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		市 鄉鎮 里 街		樓 室		科別							
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：										年級 班別 座號			
	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		二年 班 號		三年 班 號		四年 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			
	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"/> 已手術治療 <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"/> <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"/> <input type="checkbox"/> 99 其他： <input type="checkbox"/>										□詳如病歷摘要			
	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： <input type="checkbox"/> 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 <b>※請檢附並影印重大傷病卡及身心障礙手冊</b>													

家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 \_\_\_\_\_，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		
		身高(公分)	上	下	上	下	上	下	上	下	
		體重(公斤)									
	視力檢查及複查	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
		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	
		散光度數	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	<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"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	

在學期間重大傷病事故	
------------	--

- 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。
- 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
- 如發生上述狀況本人希望送往醫院 \_\_\_\_\_醫院 \_\_\_\_\_醫院 **請務必擇一填寫(切勿複選)**
- 往返車資由家長自行負擔
- 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、勿蓋章)

重要紀錄卡請妥善保存並得於畢業(離校)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 (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 舒張壓: __mmHg																																																																																																																																				
脈搏	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常脈搏: __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"/> 不同意受檢	<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"/> 不同意受檢	<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"/> 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"/> 隱罩 <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 * <b>僅限男生受檢</b>																																																																																																																																				
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 <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																																																																																																																																					
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>上</td><td></td><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td></td><td>上</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>右</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>左</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td></td><td>下</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <div style="margin-left: 20px;">           C-齲齒            X-缺牙            Δ-已矯治            /-待拔牙 (因齲齒造成之殘根)            h-乳牙待拔            ϕ-阻生牙            Sp-贅生牙         </div>				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		上				右											左						85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		下																			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																	
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		上																																																																																																																								
		右											左																																																																																																																									
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		下																																																																																																																								
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																						
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 <sup>3</sup> /μL)		<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 <sup>9</sup> /μL)		<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 <sup>3</sup> /μL)		<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																																																																																																																																
			<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			承辦檢查廠商簽章																																																																																																																																		
	<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																																																																																																																																	
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: _____																																																																																																																																					
預防接種	流感疫苗接種日期: __年__月__日、__年__月__日、__年__月__日																																																																																																																																					

