

國民中學：校名 _____ 學生健康檢查紀錄卡

班級座號： _____ 年 _____ 班 _____ 號

學生基本資料	入學日期	年 月	姓名	學號	原住民身份	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	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 街	路 段	巷 弄 號	樓 室
	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： 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 蠱豆症 <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 家長簽名：_____
	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_____ 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 <p style="text-align: right;">※請檢附並影印重大傷病卡及身心障礙手冊</p>	
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"/> 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	
	視力檢查及矯治追蹤	裸眼視力	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	
		屈光度數	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	
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	
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		

在學期間重大傷病事故	
------------	--

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. 如發生上述狀況家長希望送往醫院 <input type="checkbox"/> _____醫院 <input type="checkbox"/> _____醫院，請務必擇一填寫(切勿複選) 4. 往返車資由家長自行負擔 5. 本人已詳讀上列注意事項並依實填寫各項資料 6. 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

班級座號			姓名			學號																																																																																																																																				
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。)							檢查醫師簽章																																																																																																																																		
	血壓: ___/___mmHg、脈搏: ___次/分 (視需要辦理項目)、腰圍: ___公分 (視需要辦理項目)																																																																																																																																									
尿液檢查	初查日期: 年 月 日		複查日期: 年 月 日		追蹤複查結果																																																																																																																																					
	尿蛋白 () 尿糖 ()		尿蛋白 () 尿糖 ()																																																																																																																																							
	潛血 () 酸鹼度 ()		潛血 () 酸鹼度 ()																																																																																																																																							
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"/> 不同意見受檢 <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"/> 不同意見受檢 <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"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他_____																																																																																																																																									
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意見受檢 <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_____※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 <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>							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																																																																																																																										
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																																																																																																																																										
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 /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 ⁶ /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 ³ /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																																																																																																																															
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																																																																																																																																
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: _____						承辦檢查廠商																																																																																																																																			
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 <input type="checkbox"/> 嘉喜疫苗 <input type="checkbox"/> 保蓓疫苗: <input type="checkbox"/> 第一劑____年__月__日 <input type="checkbox"/> 第二劑____年__月__日 <input type="checkbox"/> 第三劑____年__月__日 流感疫苗接種日期: ____年__月__日、____年__月__日、____年__月__日																																																																																																																																									

