

國民小學：校名 _____ 學生健康檢查紀錄卡

學生基本資料	入學日期	年 月 姓名	學號	原住民身份	□ 是 □ 否	
	出生日期	年 月 日 血型	性別	□男 □女	身分證字號	
	戶籍地址	縣 市區 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓之室	一年 班 座號			
	現居地址	市 鄉鎮 里 街	二年 班 座號			
	緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話

健康基本資料	個人疾病史： 1. □ 至目前為止身體狀況一切正常 2. 曾經罹患過的疾病 □1 心臟病 □2 第__型糖尿病 □3 腎臟病 □4 血友病 □5 蠶豆症 □6 肺結核 □7 氣喘 □8 肝炎(A、B、C、D、E) □9 癲癇 □10 腦炎 □11 疝氣_左_右 (□已手術□未手術治療) □12 過敏物質名稱：_____ □13 重大手術名稱：_____ □14 罕見疾病：_____ □15 海洋性貧血 □16 紅斑性狼瘡 □17 關節炎 □18 心理或精神疾病：_____ □19 癌症_____	特殊疾病現況或應注意事項 □詳如病歷摘要： 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 本人希望送往醫院 □_____醫院 □_____醫院 請務必擇一填寫(切勿複選) ■家長簽名：
	3. 上述疾病目前是否持續治療中 □否 □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：□否 □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。	

□領有重大傷病證明卡，類別_____ 參加保險，類別□全民健保□學生團體保險□其他_____

□領有身心障礙手冊，類別_____等級：□極重度 □重度 □中度 □輕度

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	年級項目	一		二		三		四		五		六	
		身高(公分)	上	下	上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
		身高不足評												
		體重(公斤)												
	體位評值	□過輕 □適中 □過重 □超重	□過輕 □適中 □過重 □超重											
	視力檢查及矯治追蹤	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
	戴鏡視力	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左
	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	右 左
	散光度數	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左
	屈光異常類別	□近視□遠視 □散光□弱視 □高度近視	□近視□遠視 □散光□弱視 □高度近視											
處置情形	□長效散瞳 □短效散瞳 □角膜塑型 □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：
□無明顯異常 □有異狀
醫師複檢結果：

預防接種	疫苗種類補種劑次日期	B型肝炎疫苗 (HepB)	麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗 (MMR)	水痘疫苗 (Var) □已感染 (無須再接種)	日本腦炎疫苗 (JE)	白喉破傷風非細胞性百日咳不活化小兒麻痺混合疫苗 (DTaP-IPV/Tdap-IPV) ⁴	不活化小兒麻痺疫苗 (IPV) ⁵	破傷風白喉混合疫苗 (Td) ⁵	其他疫苗 流感疫苗
	第一劑								1. 接種紀錄卡影本 □已繳 □未繳 2. 學齡前應完成劑次 □全數完成 □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 □無接種紀錄且測驗陰性者補種，補種日期：__年__月__日
	第二劑								
	第三劑								

重要紀錄卡請妥善保存並得於畢業(離校)時發還

民國__年__月__日 健康檢查紀錄					民國__年__月__日 健康檢查紀錄																												
一年 班座號 姓名：				員醫 簽事 章人	四年 班座號 姓名：				員醫 簽事 章人																								
檢查項目	檢查結果				檢查結果																												
血壓： / mmHg、脈搏： 次/分(視需要辦理項目)				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)				腰圍： 公分(視需要辦理項目)																													
繞蟲檢查	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 已複檢服藥治療			<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 已複檢服藥治療																											
尿液檢查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	初檢：尿蛋白() 尿糖() 潛血() 酸鹼度()			<input type="checkbox"/> 無明顯異常	初檢：尿蛋白() 尿糖() 潛血() 酸鹼度()																											
		複檢：尿蛋白() 尿糖() 潛血() 酸鹼度()				複檢：尿蛋白() 尿糖() 潛血() 酸鹼度()																											
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"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 耳垢堵塞(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_____			<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"/> 耳垢堵塞(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"/> 其他_____ <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"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 其他_____ <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																											
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_____)			<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_____			<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"/> 踇趾困難 <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"/> 踇趾困難 <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_____			<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_____																											
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_____			<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_____																											
口腔檢查	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 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_____				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 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_____																												
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	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			上		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		上	
			右													左				右											左		
			下		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		下				下		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		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
C-齲齒 X-缺牙 Δ-已矯治 /-待拔牙(因齲齒造成之殘根)				C-齲齒 X-缺牙 Δ-已矯治 /-待拔牙(因齲齒造成之殘根)				C-齲齒 X-缺牙 Δ-已矯治 /-待拔牙(因齲齒造成之殘根)				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				h-乳牙待拔 φ-阻生牙 Sp-贅生牙				h-乳牙待拔 φ-阻生牙 Sp-贅生牙				h-乳牙待拔 φ-阻生牙 Sp-贅生牙																					
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																								
	名稱	日期	結果	檢查單位	複查追蹤	名稱	日期	結果	檢查單	複查追蹤																							
臨時性檢查																																	
健康管理綜合紀錄	學生健康檢查結果追蹤矯治情形				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：_____				<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：_____																												
摘要記載																																	

