

苗栗縣立福興武術國民中小學體檢表

姓名			出生年月日	民國 年 月 日		血型				
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		身份證字號							
緊急連絡人 (學生因傷病可聯繫之親友， 請務必詳細填寫)			關係		姓名		工作地點		工作電話	
							家中電話		手 機	
			關係		姓名		工作地點		工作電話	
							家中電話		手 機	
監護人			關係		姓名		電話			
家族(家人)疾病史										
個人 疾病 史 (經 由 醫 師 診 斷 確 定 者)	<input type="checkbox"/> 經政府鑑定領有殘障手冊者：()度殘字 第 號 <input type="checkbox"/> 1. 心臟病 <input type="checkbox"/> 2. 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. 癌症 <input type="checkbox"/> 7. 肺結核 <input type="checkbox"/> 8. 氣喘 <input type="checkbox"/> 9. 肝炎 <input type="checkbox"/> 10. 癲癇症 <input type="checkbox"/> 11. 腦炎 <input type="checkbox"/> 12. 精神病 <input type="checkbox"/> 13. 疝氣 <input type="checkbox"/> 14. 地中海貧血 <input type="checkbox"/> 15. 精神病 <input type="checkbox"/> 16. 癌症 名稱：_____ <input type="checkbox"/> 17. 藥物過敏 名稱：_____ <input type="checkbox"/> 19. 重大手術 名稱：_____								個人特殊疾病或傷殘問題	
病 況 (請 詳 細 填 寫)	(1)疾病詳細名稱(診斷)：_____ 就診的醫院：_____									
	開始發病時間：_____ 發病時的情況：_____									
	治療情形：_____									
	醫師建議(需注意的事項)：_____									
	目前情況： <input type="checkbox"/> 已痊癒 <input type="checkbox"/> 未痊癒 <input type="checkbox"/> 定期就醫 <input type="checkbox"/> 未定期就醫 <input type="checkbox"/> 其他：_____									
(2)其他：_____										

檢查項目	檢查結果	檢查項目	檢查結果
身高	公分	心臟 呼吸 腹部	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其它 _____
體重	公斤		
收縮壓	mmHg		辨色力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(說明： _____)
舒張壓	mmHg	視力檢查	裸視 右眼： 左眼：
脈搏	次/分鐘		矯正 右眼： 左眼：
聽力	右耳： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(說明： _____)	眼	<input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震動 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 立體感異常 <input type="checkbox"/> 其它 _____
	左耳： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(說明： _____)		胸部X光 <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常(說明： _____)
醫師總評(建議)： <input type="checkbox"/> 適合劇烈運動 <input type="checkbox"/> 不適合劇烈運動			
醫事人員簽章：		體檢日期：	