

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. 痢氣 <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"/> 18. 過敏物質 名稱: _____ <input type="checkbox"/> 19. 重大手術 名稱: _____ <input type="checkbox"/> 20. 其它 名稱: _____					個人特殊疾病或傷殘問題			
	(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		視力檢查	心臟 <input type="checkbox"/> 無異常 呼吸 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 腹部 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其它 _____	
體重	公斤				
收縮壓	mmHg				
舒張壓	mmHg				
脈搏	次/分鐘			矯正	辨色力
聽力	右耳: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(說明: _____) 左耳: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(說明: _____)		裸視		右眼: _____ 左眼: _____
			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 _____	
				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:		