

臺北市立大理高中學生健康狀況調查表及緊急聯絡資料

_____年_____班_____號(班級座號請自行於8月8日上本校官網查詢後填寫)

學生姓名：_____

親愛的家長：

為了解學生的健康狀況，作為安排課程活動的參考，並方便學生在學校發生**緊急事件**時能做正確的處理，且**能迅速的連絡到家長或相關親友**，懇請您詳實填寫以下資料。您所填寫的資料，我們會保密處理，若有需協助的事項，盼不吝告知，讓我們共同為維護孩子的健康而努力。

住址：縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 號 樓
市 區 里 街 弄

入學日期	年 月	性別		出生日期	年 月 日	身份證字號		血型	
緊急聯絡人	家長 (監護人)	關係		姓名		電話	住家： 公司：	手機：	
		關係		姓名		電話	住家： 公司：	手機：	
	附近親友	關係		姓名		電話	住家： 公司：	手機：	
		關係		姓名		電話	住家： 公司：	手機：	

一、個人疾病史(請略加說明)：

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 無 | <input type="checkbox"/> 7. 癲癇 | <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____ |
| <input type="checkbox"/> 2. 肺結核 | <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 | <input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____ |
| <input type="checkbox"/> 3. 心臟病：_____ | <input type="checkbox"/> 9. 血友病 | <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血：_____ |
| <input type="checkbox"/> 4. 肝炎：_____型肝炎 | <input type="checkbox"/> 10. 蠱豆症 | <input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____ |
| <input type="checkbox"/> 5. 氣喘 | <input type="checkbox"/> 11. 關節炎 | <input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____ |
| <input type="checkbox"/> 6. 腎臟病：_____ | <input type="checkbox"/> 12. 糖尿病：第_____型 | <input type="checkbox"/> 18. 其他：_____ |

已痊癒：☐是 ☐否 就診醫院：_____

目前使用(或備用)藥物：_____

目前醫療照顧狀況及需共同注意的問題：_____

☐領有重大傷病證明卡

☐領有身心障礙手冊，類別_____等級：☐極重度 ☐重度 ☐中度 ☐輕度

※ 孩子若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，請提供就診病歷摘要(含疾病現況及應注意事項)，以做為照護參考。

- 1、本調查表於開學後一週內彙整完成，謝謝您的協助。
- 2、家長聯絡電話除手機外，如有室內電話(公司及住家)務必填寫，以便緊急事故之聯繫。
- 3、如有特殊健康照護需求，請與健康中心聯絡【TEL：23026959#139】；護理師將會電話拜訪，以進一步瞭解學生在校園內之照護需求。
- 4、如孩子在校發生緊急傷病無法聯絡到家長，學校得為必要之緊急處理，並就近送往和平或西園醫院診療，如有必要再行轉診。

家長簽名：_____

_____年_____月_____日