

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. 蠶豆症 | <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