

國立臺南大學附屬高級中學學生基本資料暨健康狀況調查表

姓 名		身份證字號				血型				
學 號		出生日期		年 月 日		性別		☐ 男 ☐ 女		
班級座號		一年級		二年級		三年級		照片黏貼處 (請於照片背後填寫班級、座號、姓名)		
		班級： 座號：		班級： 座號：		班級： 座號：				
地 址				家用電話		本人手機				
請務必填妥以下緊急聯絡人(可隨時聯絡到的親友)										
緊急聯絡人	家長或親友	姓 名	關 係	聯 絡 電 話	行 動 電 話					
					學籍狀況： ☐ 休學 ☐ 轉出(入) ☐ 復學 ☐ 其他：					
個人疾病史	☐ 0. 無 ☐ 1. 心臟病 ☐ 2. 糖尿病 ☐ 3. 腎臟病 ☐ 4. 血友病 ☐ 5. 蠱豆症 ☐ 6. 肺結核 ☐ 7. 氣喘 ☐ 8. 肝炎 (A. B. C. D. E)		☐ 9. 癲癇症 ☐ 10. 腦炎 ☐ 11. 疝氣 ☐ 12. 過敏物質 ☐ 13. 重大手術 ☐ 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：_____ ☐ 99. 其他：_____ ※藥物過敏： ☐ 無 ☐ 有 藥物名稱 1. _____ 2. _____ 3. _____		特殊疾病現況或應注意事項 ☐ 詳如病歷摘要 依據學生健康檢查實施辦法第 2 條規定「學校應將學生健康檢查及矯治結果，依規定格式予以記錄並建檔、統計，必要時，應知會相關人員共同維護學生活動安全，並依健康檢查結果辦理學生健康促進活動。」依據學校衛生法第 9 條：「學生資料，應予保密，不得無故洩漏。但應教學、輔導、醫療之需要，經學生家長同意或依其他法律規定應予提供者，不在此限。」 健康中心將該生的健康狀況知會相關人員(如導師、體育老師、教官等) ☐ 同意 ☐ 不同意			
	初經年齡_____歲，經痛現象： ☐ 是 ☐ 否 ☐ 偶而 【此項男生免填】									
	*全民健保 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 其他_____ ☐ 領有殘障手冊者()度殘字第_____號 ☐ 領有重大傷病證明卡，類別_____ ☐ 領有身心障礙手冊，類別_____，等級： ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度 ☐ 無									
	若有上述特殊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)，									
家族史	家族曾患下列疾病，請填寫號碼： 患者與學生的關係： ☐ 1. 癌症 ☐ 2. 腦中風 ☐ 3. 高血壓 ☐ 4. 糖尿病 ☐ 5. 心臟病 ☐ 6. 肺結核 ☐ 7. 其他_____									
特殊疾病現況或應注意事項：										
說明： 1. 上述資料已確實填寫。 2. 學校傷病處理僅止於簡易救護技術操作， <u>不提供任何口服藥及侵入性醫療行為</u> 。 依據藥事法第 9 條，未成年傷者使用成藥需由其監護人決定是否可使用(如：曼秀雷敦、萬金油等) ☐ 同意 ☐ 不同意 3. 當學生發生緊急傷病時，如聯絡不到家長本人，請聯絡上述親友。 4. 如聯絡不到本人及上述親友時，請學校權宜處理。 5. 生命危急時，一律由學校逕送附近醫院，以掌握救護時效。 家長親筆簽名：_____ 中華民國： 年 月 日										

班級： 姓名： 座號：																																																																															
健康檢查紀錄表(由健檢單位填寫)																																																																															
一般 檢 查	年級																																																																														
	項目	一上		一下		二上		二下		三上		三下																																																																			
	身 高	公分		公分		公分		公分		公分		公分																																																																			
	體 重	公斤		公斤		公斤		公斤		公斤		公斤																																																																			
	BMI																																																																														
	腰 圍																																																																														
	視 裸視	右：	左：	右：	左：	右：	左：	右：	左：	右：	左：	右：	左：																																																																		
	力 矯正	右：	左：	右：	左：	右：	左：	右：	左：	右：	左：	右：	左：																																																																		
	血壓：	mmHg		心跳：		下/分																																																																									
	聽力	右耳： ☐ 正常 ☐ 異常				左耳： ☐ 正常 ☐ 異常																																																																									
辨色力	☐ 正常 ☐ 異常																																																																														
理 學 檢 查	眼 睛	☐ 無異狀 ☐ 砂眼 ☐ 結膜炎 ☐ 睫毛倒插 ☐ 其他_____												醫師簽章																																																																	
	頭 頸	☐ 無異狀 ☐ 斜頸 ☐ 異常腫塊 ☐ 甲狀腺腫 ☐ 淋巴腺腫大 ☐ 其他_____																																																																													
	耳 鼻 喉	☐ 無異狀 ☐ 耳膜破損 ☐ 盯聾栓塞 ☐ 扁桃腺種大 ☐ 其他_____																																																																													
	心肺疾病	☐ 無異狀 ☐ 心雜音 ☐ 心律不整 ☐ 呼吸聲異常 ☐ 其他_____																																																																													
	胸 部	☐ 未受檢 ☐ 無異狀 ☐ 胸廓異常 ☐ 其他_____																																																																													
	腹 部	☐ 無異狀 ☐ 異常腫大 ☐ 其他_____																																																																													
	皮 膚	☐ 無異狀 ☐ 癬 ☐ 疥瘡 ☐ 疣 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 溼疹 ☐ 其他_____																																																																													
	脊柱四肢	☐ 無異狀 ☐ 脊柱側彎 ☐ 關節變形 ☐ 蹲踞困難 ☐ 肢體畸形 ☐ 其他_____																																																																													
	泌尿生殖	☐ 未受檢 ☐ 無異狀 ☐ 隱罩 ☐ 包皮異常 ☐ 精索靜脈曲張 ☐ 其他_____																																																																													
牙 科 檢 查	口腔檢查	1. 未治療齲齒： ☐ 無 ☐ 有 2. 齲齒經驗： ☐ 無 ☐ 有 3. 上顎恆牙第一大白齒齲齒經驗： ☐ 無 ☐ 有 4. 下顎恆牙第一大白齒齲齒經驗： ☐ 無 ☐ 有 5. 恆牙白齒溝隙封填： ☐ 無 ☐ 有 6. 治療急迫性： ☐ 無 ☐ 一般牙科治療 ☐ 急需治療(發炎、腫脹、潰瘍、結石) 7. 黏膜狀況： ☐ 正常 ☐ 異常 8. 口腔其他： ☐ 待拔牙 ☐ 牙結石 ☐ 牙周病 ☐ 口腔衛生不良 ☐ 咬合不正 ☐ 缺牙， 口腔其他陳述：_____												醫師簽章																																																																	
	右														左																																																																
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																														18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25		26	27	28																																																														
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																
檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 △-已矯治 ϕ-阻生牙 Sp.-贅生牙																																																																															
醫師總評及建議事項																																																																															
尿液檢查 尿蛋白() 尿 糖() 酸鹼度() 潛 血() ☐ 生理期		檢驗報告黏貼處																																																																													
血液檢查 ☐ AC ☐ PC 簽章：																																																																															
學生健康檢查結果追蹤矯治情形： ☐ 1. 已完成複查與矯治，科別：_____ ☐ 2. 需持續追蹤矯治項目：_____																																																																															

體檢編號：

X光編號：