

# 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      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |  |  |
| 班級座號                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 一年級     |                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 二年級     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 三年級     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 照片黏貼處<br>(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：<br><input type="checkbox"/> 休學____年 月<br><input type="checkbox"/> 轉出(入)<br>____年 月<br><input type="checkbox"/> 復學____年 月<br><input type="checkbox"/> 其他：                                                                                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |  |  |
| 個人疾病史                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 0. 無<br><input type="checkbox"/> 1. 心臟病<br><input type="checkbox"/> 2. 糖尿病<br><input type="checkbox"/> 3. 腎臟病<br><input type="checkbox"/> 4. 血友病<br><input type="checkbox"/> 5. 蠱豆症<br><input type="checkbox"/> 6. 肺結核<br><input type="checkbox"/> 7. 氣喘<br><input type="checkbox"/> 8. 肝炎<br>(A. B. C. D. E)                                            |         | <input type="checkbox"/> 9. 癲癇症<br><input type="checkbox"/> 10. 腦炎<br><input type="checkbox"/> 11. 疝氣<br><input type="checkbox"/> 12. 過敏物質<br>_____<br><input type="checkbox"/> 13. 重大手術<br>_____<br><input type="checkbox"/> 14. 罕見疾病<br>_____<br><input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 |         | <input type="checkbox"/> 16. 紅斑性狼瘡<br><input type="checkbox"/> 17. 關節炎<br><input type="checkbox"/> 18. 心理或精神疾病<br>_____<br><input type="checkbox"/> 19. 癌症：_____<br><input type="checkbox"/> 99. 其他：_____<br>※藥物過敏： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>藥物名稱 1. _____<br>2. _____<br>3. _____ |         | 特殊疾病現況或應注意事項<br><input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要<br>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)<br><input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 |                                                       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 初經年齡____歲，經痛現象： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 偶而<br><b>【此項男生免填】</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | *全民健保 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他____ <input type="checkbox"/> 領有殘障手冊者( )度殘字第____號<br><input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別____<br><input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別____，等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 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<br>家族曾患下列疾病，請填寫號碼：<br>患者與學生的關係：<br><input type="checkbox"/> 1. 癌症 <input type="checkbox"/> 2. 腦中風 <input type="checkbox"/> 3. 高血壓 <input type="checkbox"/> 4. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 5. 心臟病 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 7. 其他____                                                                                                             |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |  |  |
| 特殊疾病現況或應注意事項：                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |  |  |
| 說明：<br>1. 上述資料已確實填寫。<br>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> 。<br>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) <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意<br>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。<br>4. 如聯絡不到本人及上述親友時，請學校權宜處理。<br>5. 生命危急時，一律由學校逕送附近醫院，以掌握救護時效。<br><b>家長親筆簽名：</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |  |  |

中華民國： 年 月 日

| <div> <div>班級：</div> <div>姓名：</div> <div>座號：</div> </div>                                          |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 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 |    |    |    |    |
|                                                                                                    |        | 重                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 公斤 |                                                                                                                         | 公斤 |    | 公斤 |    | 公斤 |    | 公斤 |    | 公斤 |    |    |    |    |
|                                                                                                    |        | BMI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                    |        | 腰圍                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                    |        | 視力                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 裸視 | 右：                                                                                                                      | 左： | 右： | 左： | 右： | 左： | 右： | 左： | 右： | 左： | 右： | 左： |    |    |
|                                                                                                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 左耳： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 辨色力                                                                                                |        | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 理學檢查                                                                                               | 眼睛     | <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 砂眼 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                    | 頭頸     | <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                    | 耳鼻喉    | <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 盯聾栓塞 <input type="checkbox"/> 扁桃腺種大 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                    | 心肺疾病   | <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                    | 胸部     | <input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                    | 腹部     | <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                    | 皮膚     | <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                    | 脊柱四肢   | <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                    | 泌尿生殖   | <input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 隱罩 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 牙科檢查                                                                                               | 口腔檢查   | 1. 未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>2. 齲齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>3. 上顎恆牙第一大白齒齲齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>4. 下顎恆牙第一大白齒齲齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>5. 恆牙白齒溝隙封填： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>6. 治療急迫性： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一般牙科治療 <input type="checkbox"/> 急需治療(發炎、腫脹、潰瘍、結石)<br>7. 黏膜狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常<br>8. 口腔其他： <input type="checkbox"/> 待拔牙 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 缺牙，<br>口腔其他陳述： |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                    |        | 醫師簽章                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                    |        | 右                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 左  |    |    |
|                                                                                                    |        | 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 Δ-已矯治 ϕ-阻生牙 Sp.-贅生牙                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                    |        | 醫師總評及建議事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                    | 尿液檢查   | 檢驗報告黏貼處                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                                                    | 尿蛋白( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 尿糖( )                                                                                              |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 酸鹼度( )                                                                                             |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 潛血( )                                                                                              |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 生理期                                                                       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 血液檢查                                                                                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> PC                                            |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 簽章：                                                                                                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 學生健康檢查結果追蹤矯治情形： <input type="checkbox"/> 1. 已完成複查與矯治，科別：<br><input type="checkbox"/> 2. 需持續追蹤矯治項目： |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

體檢編號：

X光編號：