

學生健康狀況調查及緊急事件聯絡表

姓名		生日	年	月	日	身分證 字號							班級	年	班	座號	
家庭關係	<input type="checkbox"/> 正常(與父母親同住) <input type="checkbox"/> 原住民(<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母) <input type="checkbox"/> 外籍配偶所生子女，國籍：_____																
	<input type="checkbox"/> 單親：(<input type="checkbox"/> 父母離婚 <input type="checkbox"/> 父喪 <input type="checkbox"/> 母喪，目前跟 <input type="checkbox"/> 父同住 <input type="checkbox"/> 母同住) <input type="checkbox"/> 隔代教養(沒與父母親同住)																
住址	縣市 鄉鎮 村里 路街 巷弄 號樓																
聯絡電話	父	<input type="checkbox"/> 同住 <input type="checkbox"/> 不同住	姓名		電話	住宅：_____	公司：請註明分機					行動電話：_____					
	母	<input type="checkbox"/> 同住 <input type="checkbox"/> 不同住	姓名		電話	住宅：_____	公司：請註明分機					行動電話：_____					
	親友	<input type="checkbox"/> 同住 <input type="checkbox"/> 不同住	姓名		電話	住宅：_____	公司：請註明分機					行動電話：_____					
	親友	<input type="checkbox"/> 同住 <input type="checkbox"/> 不同住	姓名		電話	住宅：_____	公司：請註明分機					行動電話：_____					

健康狀況調查	(一)	<input type="checkbox"/> 目前為止身體狀況良好														
	(二)	經醫師診斷有下列疾病請在 <input type="checkbox"/> 內✓														
		<input type="checkbox"/> 01 心臟病	<input type="checkbox"/> 08 肝炎(型)	<input type="checkbox"/> 12 過敏物質()												
		<input type="checkbox"/> 02 糖尿病(型)	<input type="checkbox"/> 09 癲癇症	<input type="checkbox"/> 13 重大手術()												
		<input type="checkbox"/> 03 腎臟病	<input type="checkbox"/> 10 腦炎	<input type="checkbox"/> 18 心理或精神疾病()												
		<input type="checkbox"/> 04 血友病	<input type="checkbox"/> 11 疝氣(沒手術過)	<input type="checkbox"/> 19 癌症												
		<input type="checkbox"/> 05 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 15 海洋性貧血	<input type="checkbox"/> 99 罕見疾病()												
		<input type="checkbox"/> 06 肺結核	<input type="checkbox"/> 16 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 99 聽力障礙： <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 雙耳												
		<input type="checkbox"/> 07 氣喘	<input type="checkbox"/> 17 關節炎	<input type="checkbox"/> 99 其他												
	(三)	家族成員(指父親、母親或兄弟姊妹)是否罹患心臟疾病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，誰？(<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹)														
(四)	<input type="checkbox"/> 需長期固定就醫：(疾病名稱 _____，醫院：_____) <input type="checkbox"/> 需長期固定服用或注射藥物：藥物名稱 _____ <input type="checkbox"/> 持有重大傷病卡(名稱) _____															

須學校老師特別注意之處：無 有(請以紅筆摘記)

當遇緊急事件救護車護送醫院？(配合消防隊護送責任醫院如下，請擇一。)

桃園醫院新屋分院 壠新醫院 中壠天晟醫院

說明：

- 若經判斷需就醫，會先與本表所列之聯絡人聯繫並到校陪同就醫。
- 遇到緊急事件時，會先與本表所列之聯絡人聯繫，若皆無法連絡學校有權決定送往就近醫療院所就診。

家長簽名：_____年__月__日