

觀音高中學生健康狀況調查暨緊急事件聯絡表

學號：_____ 科別：_____

學生姓名：_____ 學生手機：_____

住址：_____縣/市_____鄉/鎮/區_____村/里_____鄰_____路/街

_____巷_____弄_____號_____樓

一上	班	號
一下	班	號
二上	班	號
二下	班	號
三上	班	號
三下	班	號

血型		性別		身分證 字 號		出生 日期	年	月	日
緊急 聯絡人	家 長 (監護人) 兩者皆需填	關係		姓 名		電 話	公司： 宅：	手機：	
		關係		姓 名		電 話	公司： 宅：	手機：	
	學校 附近親友	關係		姓 名		電 話	公司： 宅：	手機：	
		關係		姓 名		電 話	公司： 宅：	手機：	

一、學生個人疾病史(請在下列選項打勾)

請於曾患過的疾病 ☐ 填入: 1. 已痊癒 2. 正接受治療 3. 未痊癒, 但目前不需治療

- ☐ 至目前為止身體狀況一切正常
06. ☐ 癲癇 12. ☐ 心臟病 18. ☐ 癌症: _____
01. ☐ 血友病 07. ☐ 糖尿病(第 _____ 型) 13. ☐ 高血壓 19. ☐ 心理或精神疾病: _____
02. ☐ 紅斑性狼瘡 08. ☐ 氣喘 14. ☐ 肝炎(A. B. C. D. E. 型) 20. ☐ 海洋性貧血: _____
03. ☐ 蠶豆症 09. ☐ 脊柱側彎 15. ☐ 肺結核 21. ☐ 重大手術名稱: _____
04. ☐ 氣胸 10. ☐ 關節炎 16. ☐ 腎臟病 22. ☐ 過敏物質(藥物)名稱: _____
05. ☐ 聽障 11. ☐ 視障 17. ☐ 疝氣(左. 右) ☐ 已手術 ☐ 未手術 23. ☐ 其他: _____

二、因上述疾病, 需特別注意事項: _____

三、最近兩個月內是否曾因傷病而就醫: ☐ 否 ☐ 是, 原因 _____

四、家族疾病史: 上述疾病中, 若您的家人曾患或正在治療中, 請填上

疾病名稱: _____ 患者與學生關係: _____

※因先天性疾病或意外引起的缺陷或殘障: _____

☐ 領有重大傷病證明卡, 類別 _____

☐ 領有身心障礙手冊, 類別 _____ 等級: ☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度

緊急送至醫院順序 緊急狀況下, 需協助送至醫院處置, 請填寫順序醫院名稱 (無法聯絡到緊急聯絡人時優先送往所填院所)

(1) _____ (2) _____

※緊急醫療處理

若在校發生嚴重或緊急傷病, 無法聯絡到緊急聯絡人時或特殊原因下, 學校得採取必要之緊急醫療處理就近送往醫院就診或通知救護車送往轄區責任急救醫院。

說明: 1. 上述資料已據實填寫。

2. 當孩子發生緊急傷病聯絡不到本人時, 請聯絡上述親友, 代為照顧貴子弟。

3. 如果聯絡不到本人及上述親友時, 請學校權宜處理。

我已閱讀上述說明 家長簽名: _____

註: 本調查表需於開學一週內彙整完成, 請 貴家長協助 115/8/17 與健康檢查家長同意書一同繳回, 共同為子女的健康維護努力。