

國民小學：校名_____學生健康檢查紀錄卡

學生基本資料	入學日期	年		月	姓名					學號					原住民身份		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	出生日期	年	月	日	血型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號									
	戶籍地址	縣市		市區鄉鎮	村里	鄰路		段巷弄		號		樓之室		一年班座號				
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：												二年班座號				
	緊急聯絡人 監護人及附近親友	關係	姓名		電話（家）		電話（公）		行動電話		三年班座號							
										四年班座號								
										五年班座號								
										六年班座號								
健康基本資料	個人疾病史： 1. <input type="checkbox"/> 至目前為止身體狀況一切正常 2. 曾經罹患過的疾病 <input type="checkbox"/> 1 心臟病 <input type="checkbox"/> 2 第__型糖尿病 <input type="checkbox"/> 3 腎臟病 <input type="checkbox"/> 4 血友病 <input type="checkbox"/> 5 蠱豆症 <input type="checkbox"/> 6 肺結核 <input type="checkbox"/> 7 氣喘 <input type="checkbox"/> 8 肝炎（A、B、C、D、E） <input type="checkbox"/> 9 癲癇 <input type="checkbox"/> 10 腦炎 <input type="checkbox"/> 11 疝氣_左_右（ <input type="checkbox"/> 已手術 <input type="checkbox"/> 未手術治療） <input type="checkbox"/> 12 過敏物質名稱：_____ <input type="checkbox"/> 13 重大手術名稱：_____ <input type="checkbox"/> 14 罕見疾病：_____ <input type="checkbox"/> 15 海洋性貧血 <input type="checkbox"/> 16 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 17 關節炎 <input type="checkbox"/> 18 心理或精神疾病：_____ <input type="checkbox"/> 19 癌症_____ <input type="checkbox"/> 99 其他_____ 3. 上述疾病目前是否持續治療中 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請續填寫醫療院所名稱與治療藥物名稱與服用方式） 醫療院所名稱：_____治療藥物名稱與服用方式： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是_____ ※若有上述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）或診斷書；治療藥物名稱可檢附藥袋，作為照護參考。												特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要： 若無法聯絡到父母及上列親友時，學校可依據緊急醫療救護相關規定與送醫程序權宜辦理。責任醫院為_____醫院及_____醫院 本人希望送往醫院 <input type="checkbox"/> _____醫院 <input type="checkbox"/> _____醫院 請務必擇一填寫（切勿複選） ■家長簽名：					
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別_____參加保險，類別 <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 學生團體保險 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別_____等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度																	
家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____																		
經常性檢查及缺點矯治	生長發育	年級項目	一		二		三		四		五		六					
		上	下	上	下	上	下	上	下	上	下	上	下					
		身高（公分）																
		身高不足評																
		體重（公斤）																
	體位評估	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重				
		裸視視力	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左			
		戴鏡視力	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左			
		屈光度數	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左			
		散光度數	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左			
	屈光異常類別	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視				
		處置情形	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他			
頭蝨檢查																		
在學期間重大傷病事故									新生立體感初檢結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀 醫師複檢結果：									
預防接種	疫苗種類補種劑次日期	B 型肝炎疫苗（HepB）	麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗（MMR）	水痘疫苗（Var） <input type="checkbox"/> 已感染（無須再接種）	日本腦炎疫苗（JE）	白喉破傷風非細胞性百日咳不活化小兒麻痺混合疫苗（DTaP-IPV/Tdap-IPV） ⁴	不活化小兒麻痺疫苗（IPV） ⁵	破傷風白喉混合疫苗（Td） ⁵	流感疫苗		1. 接種紀錄卡影本 <input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳 2. 學齡前應完成劑次 <input type="checkbox"/> 全數完成 <input type="checkbox"/> 未完成 3. 左列疫苗係學生於入小一後，在醫療院所/衛生所完成補種之劑次。 4. 學齡前含 DTP/DTaP/Tdap 之相關疫苗其第四劑於 4 歲後才接種，則滿 5 歲之 DTaP-IPV 無須再接種。 5. 小一入學後補種使用 6. 卡介苗 <input type="checkbox"/> 無接種紀錄且測驗陰性者補種，補種日期：__年__月__日							
	第一劑																	
	第二劑																	
	第三劑																	

重要紀錄卡請妥善表存
並於畢業（離校）時發還

民國__年__月__日 健康檢查紀錄						民國__年__月__日 健康檢查紀錄					
一年 班 座號 姓名：					醫 事 人 簽 章	四年 班 座號 姓名：					醫 事 人 簽 章
檢 查 項 目	檢 查 結 果					檢 查 結 果					
血壓： / mmHg 、 脈搏： 次/分（視需要辦理項目）						血壓： / mmHg 、 脈搏： 次/分（視需要辦理項目）					
腰圍： 公分（視需要辦理項目）						腰圍： 公分（視需要辦理項目）					
蟻 蟲 檢 查	<input type="checkbox"/> 陰性		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 已複檢服藥治療			<input type="checkbox"/> 陰性		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 已複檢服藥治療			
尿 液 檢 查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		初檢：尿蛋白（）尿糖（）潛血（）酸鹼度（）			<input type="checkbox"/> 無明顯異常		初檢：尿蛋白（）尿糖（）潛血（）酸鹼度（）			
			複檢：尿蛋白（）尿糖（）潛血（）酸鹼度（）					複檢：尿蛋白（）尿糖（）潛血（）酸鹼度（）			
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視：__ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他__			<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視：__ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他__			
耳 鼻 喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 聽力異常（右、左） <input type="checkbox"/> 耳膜破損（右、左） <input type="checkbox"/> 耳道畸形（右、左） <input type="checkbox"/> 耳前瘻管（右、左） <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 耳垢栓塞（右、左） <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其他_____			<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 聽力異常（右、左） <input type="checkbox"/> 耳膜破損（右、左） <input type="checkbox"/> 耳道畸形（右、左） <input type="checkbox"/> 耳前瘻管（右、左） <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 耳垢栓塞（右、左） <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其他_____			
頭 頸			<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 其他_____			<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 其他_____	
胸 部 （胸腔及外觀）	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢		<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"/> 其他異常腫塊）			<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢		<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"/> 其他異常腫塊）			
			<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他_____		<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他_____						
腹 部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢		<input type="checkbox"/> 心肺疾病：（ <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其他心肺疾病_____）			<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢		<input type="checkbox"/> 心肺疾病：（ <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其他心肺疾病_____）			
			<input type="checkbox"/> 腹部異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____		<input type="checkbox"/> 腹部異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____						
脊 柱 四 肢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形（ <input type="checkbox"/> 多併指、趾 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 其他肢體畸形） <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他_____			<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形（ <input type="checkbox"/> 多併指、趾 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 其他肢體畸形） <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他_____			
泌 尿 生 殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢		<input type="checkbox"/> 隱罩 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他_____			<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢		<input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他_____			
皮 膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其他_____			<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其他_____			
口 腔 檢 查	未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 已治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 已治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	恆牙第一大白齒齲齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					恆牙第一大白齒齲齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	上顎 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 26；下顎 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 46					上顎 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 26；下顎 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 46					
	恆牙第一大白齒窩溝封填： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					恆牙第一大白齒窩溝封填： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周病					<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周病					
	<input type="checkbox"/> 乳牙待拔牙 <input type="checkbox"/> 待拔牙 <input type="checkbox"/> 贅生牙 <input type="checkbox"/> 缺牙					<input type="checkbox"/> 乳牙待拔牙 <input type="checkbox"/> 待拔牙 <input type="checkbox"/> 贅生牙 <input type="checkbox"/> 缺牙					
	<input type="checkbox"/> 阻生牙 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他_____					<input type="checkbox"/> 阻生牙 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 C-齲齒 X-缺牙 △-已矯治 /-待拔牙（因齲齒造成之殘根） φ-阻生牙 Sp.-贅生牙 h 乳牙待拔					18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 C-齲齒 X-缺牙 △-已矯治 /-待拔牙（因齲齒造成之殘根） φ-阻生牙 Sp.-贅生牙 h 乳牙待拔					
	上 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 上					上 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 上					
	右 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 左					右 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 左					
下 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38					下 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38						
增 列 項 目	心臟病篩檢：初查日期_____ 結果： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 需醫師聽診 複診日期_____ 結果： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 需精密檢查 診斷名稱_____					心臟病篩檢：初查日期_____ 結果： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 需醫師聽診 複診日期_____ 結果： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 需精密檢查 診斷名稱_____					
總 評 建 議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常			檢查醫院		<input type="checkbox"/> 無明顯異常			檢查醫院		
	<input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治					<input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治					
臨 時 性 檢 查	名稱		日期	結果	檢查單位	名稱		日期	結果	檢查單	複查追蹤
健 康 管 理 綜 合 紀 錄	學生健康檢查結果追蹤矯治情形					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：_____					<input type="checkbox"/> 1.已完成複查與矯治，科別：_____					
	<input type="checkbox"/> 2.需持續追蹤矯治項目：_____					<input type="checkbox"/> 2.需持續追蹤矯治項目：_____					
摘要記載											