

# 國民中學：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 市區 村 鄰 路 段 巷 弄 號 室 市 鄉鎮 里 街									
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：									
健康基本資料	家長監護人及附近親友緊急聯絡人	關係	姓名	電話（家）	電話（公）	行動電話	年級	班級	座號		
							七年	班	號		
							八年	班	號		
							九年	班	號		
<b>個人疾病史：</b> 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。									<b>特殊疾病現況或應注意事項</b> <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要		
<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 <div style="text-align: right;">※請檢附並影印重大傷病卡及身心障礙手冊</div>									<b>家長簽名：</b>		
<b>家族疾病史：</b> 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	七上	七下	八上	八下	九上	九下			
		項目									
		身高（公分）									
		身高不足評值									
		體重（公斤）									
	視力檢查及矯治追蹤	體 位 評 值	<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 眼 視 力	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		
		屈 光 度 數	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		
處 置 情 形	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			
	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		
頭 蟲											
護理師簽章											
在學期間重大傷病事故											
注意事項		1. 當孩子發生緊急傷病聯絡不到父母本人時，請聯絡上列親友。 2. 續上述，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 3. 如發生上述狀況家長希望送往醫院 <input type="checkbox"/> _____醫院，請務必擇一填寫（切勿複選） 4. 往返車資由家長自行負擔 5. 本人已詳讀上列注意事項並依實填寫各項資料 6. 家長簽名：_____（請務必簽中文全名、勿蓋章）									

重要紀錄卡請妥善保存並於畢業(離校)時發還

班級座號		姓名		學號													
檢查日期	年 月 日																
檢查項目	檢查結果（採勾選方式，「其他」未詳列項目請以中文載明。）				檢查醫師簽章												
	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）																
尿液 檢查	初查日期： 年 月 日		複查日期： 年 月 日		追蹤複查結果												
	尿蛋白（ ）	尿 糖（ ）	尿蛋白（ ）	尿 糖（ ）													
	潛 血（ ）	酸鹼度（ ）	潛 血（ ）	酸鹼度（ ）													
眼睛	<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____																
頭頸	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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"/> 其他異常腫塊____） <input type="checkbox"/> 其他____																
胸部 (胸腔及外觀)	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意見受檢 <input type="checkbox"/> 胸廓異常____ <input type="checkbox"/> 其他____ <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____）																
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意見受檢 <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____																
泌尿 生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意見受檢 <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____※僅限男生受檢																
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____																
口腔	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 恆牙第一大臼齒齲齒經驗： <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 <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"/> 阻生牙 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他____														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
	上			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上			
	右													左			
	下			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	下			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36		37	38
增列 檢查項目	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____														承辦醫院		
	總評建議： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：																
臨時性 檢查	檢查名稱	檢查日期	檢查單位	檢查結果	轉介複查追蹤及備註												
健康管理 綜合 紀錄	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"/> 2.需持續追蹤矯治項目：____ 個案管理摘要記載：																
預防 接 種	HPV 疫苗接種日期/廠牌 <input type="checkbox"/> 嘉喜疫苗 <input type="checkbox"/> 保蓓疫苗： <input type="checkbox"/> 第一劑：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 第二劑：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 第三劑：____年____月____日 流感疫苗接種日期：____年____月____日、____年____月____日、____年____月____日																