

《 桃園市立永豐高中附設國中部 》 心臟病問卷暨篩檢表

親愛的家長，您好！

根據調查，5歲至18歲的學生約有百分之一患有各種心臟病，如先天性心臟病、風濕性心臟病、川崎病、及心律不整等。這些學生都需要及早診斷、治療並且定期追蹤，妥善管理，以便預防在學校活動或運動中發生猝死。茲為早期發現心臟病，我們特印製本問卷篩檢，請貴家長務必填寫清楚，凡有疑似心臟病者，我們會進一步安排心電圖檢查，複診與轉診，診斷確定後，我們會建議學校及家長如何治療與管理，維護貴寶貝的健康，做心音心電圖檢查的技術員均為女性，但因檢查部位在胸部，為顧及學童的隱私，會請學校安排隱密的环境，敬請同意。

問題一、貴子女是否曾經有下列的現象？（請選答一項或一項以上打V）

<input type="checkbox"/> 沒有原因的心跳快	<input type="checkbox"/> 突然昏倒
<input type="checkbox"/> 運動時心臟(左胸前)部疼痛(成長痛不算)	
<input type="checkbox"/> 短期內有兩個或兩個以上的手腿部關節疼痛(因外傷造成者不算)	
<input type="checkbox"/> 運動時有呼吸困難、臉色蒼白或嘴唇發紫的現象	
<input type="checkbox"/> 用餐碗筷拿不穩甚至掉落地下，或全身有不隨意運動	
<input type="checkbox"/> 軀幹、四肢近端的皮膚有不癢、不痛、不規則輪狀紅斑	
<input type="checkbox"/> 手肘、腳踝或關節處有摸到米粒般大小的結節	
<input type="checkbox"/> 連續五天以上的發燒，伴隨全身出疹以及四肢末端脫皮	

問題二、家族成員中（父、母、兄弟姐妹）是否有人患有心臟血管疾病？
（請選答一項或一項以上打V）

a. <input type="checkbox"/> 心肌症	f. <input type="checkbox"/> 高血壓
b. <input type="checkbox"/> 川崎病	g. <input type="checkbox"/> 心臟雜音
c. <input type="checkbox"/> 風濕熱、風濕性心臟病	h. <input type="checkbox"/> 高血脂症
d. <input type="checkbox"/> 先天性心臟病(病名 _____)	j. <input type="checkbox"/> 其他心臟病(病名 _____)
e. <input type="checkbox"/> 心跳不規則(病名 _____)	i. <input type="checkbox"/> 瓣膜性心臟病(發現時 _____ 歲)
	k. <input type="checkbox"/> 二尖瓣脫垂

本項問卷如有打V，當天經由醫師評估如有疑似心臟問題，立即安排心電圖檢查

問題三、貴子女是否曾經被醫師診斷或懷疑患有下列疾病

（如有打V建議直接進行心電圖檢查）

a. <input type="checkbox"/> 心肌症	f. <input type="checkbox"/> 高血壓
b. <input type="checkbox"/> 川崎病	g. <input type="checkbox"/> 心臟雜音
c. <input type="checkbox"/> 風濕熱、風濕性心臟病	h. <input type="checkbox"/> 高血脂症
d. <input type="checkbox"/> 先天性心臟病(病名 _____)	j. <input type="checkbox"/> 其他心臟病(病名 _____)
e. <input type="checkbox"/> 心跳不規則(病名 _____)	i. <input type="checkbox"/> 瓣膜性心臟病(發現時 _____ 歲)
	k. <input type="checkbox"/> 二尖瓣脫垂

本人（家長）及學生已詳閱並知悉本通知各項說明，茲僅以勾選方式（二者勾選其一）：

1. 同意在校內配合心音心電圖各項內容實施檢查。
 2. 不同意在校內接受心電圖檢查。

家長簽章（請用藍黑原子筆簽全名三個字）： 王○廷 112 年 9 月 1 日

視力健康檢查複檢與矯治回條

貴子女七年8班1號王○莚，醫師檢查結果：

目前有使用輔具 眼鏡 隱形眼鏡 角膜塑型 → 戴鏡視力右眼 (0.8)、左眼 (0.9)

未使用上述輔具時 (角膜塑型不填)：裸視視力 右：0.05 左：0.05

若有異常，請打勾 (可複選)

1、弱視 (右眼 左眼)

2、屈光不正

散瞳：是 否

度數：(請務必填寫下列屈光值，若角膜塑型請填原始度數)

(1) 近視：右眼(400)度 左眼(425)度

(2) 遠視：右眼()度 左眼()度

(3) 散光(負值)：右眼(25)度
左眼(50)度

3、其他異常 (請註明) _____

醫師建議處理

1、長效散瞳劑 (阿托平 Atropine)

2、短效散瞳劑

3、其他藥物 _____

4、配鏡矯治

5、更換鏡片

6、遮眼治療

7、配戴隱形眼鏡 (軟式 硬式)

8、角膜塑型片

9、視力保健衛教

10、其他 _____

11、定期檢查 (醫師建議下次回診

日期：(11) 年 (12) 月 (3) 日

眼科醫師與學校聯絡事項：

醫療機構名稱：

張世彥眼科診所

眼科醫師簽章

張世彥

檢查日期

1121103 日

家長聯絡事項：

112.10.3
3532015538

醫師字第026808號

家長簽章：

學生基本資料若有疑誤請於家長聯絡事項回覆

請於112/10/20前繳交回條。

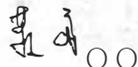
一般檢查複檢與矯治回條

學校：永豐國中部 班別：七年級 姓名：王○廷 座號：1 性別：男

異常項目		複檢結果與追蹤建議	醫療院所蓋章

口腔檢查複檢與矯治回條

異常項目		複檢結果與追蹤建議	醫療院所蓋章
	未治療齲齒	<input checked="" type="checkbox"/> 暫時無須治療或已完成治療 <input type="checkbox"/> 治療中，仍須回診 <input type="checkbox"/> 應另行轉診 <input type="checkbox"/> 應加強口腔衛生 <input type="checkbox"/> 其他	 

家長簽名：  日期： 請將回條簽名並於 11 月 30 日前繳回健康中心彙整

在校健康檢查結果並非正式醫療診斷，本通知僅提供您作健康管理參考。
 上述檢查結果發現有異常者，務必請您帶至合格醫療院所，再做進一步檢查。

班級：七年級座號： 1

姓名： 王○廷

我已充分瞭解學生健康檢查相關事項並向子女說明，我們要檢查：

(A或B二選一，若有塗改需在旁邊簽名或蓋章以示負責)

A. 在校接受全部的健康檢查。
(含胸腹部、男性還包括泌尿生殖器官、女生不檢查泌尿生殖器官)。

B. 私密部位不在校檢查，其他檢查要做。

我不同意的項目為：

胸部(含胸廓異常、及聽診檢查)

腹部(含腹部異常腫大)

男性泌尿生殖器官(含：陰囊腫大、包皮異常、精索靜脈曲張、及其他異常)

備註：若勾選私密部位不在校檢查，表示您願意親帶貴子女至您信賴之醫院自費完成檢查，並於二週內交正式報告書至學校健康中心。若您不同意、又未帶貴子女去醫院自費檢查，表示您將來若發現學生未檢查之項目有問題時，願意自行承擔後果。

※家長簽全名(用深色原子筆、勿用鉛筆或擦擦筆)： 王○廷

112年 9月 1日