

桃園市立永豐高級中等學校 健康檢查紀錄卡

學生基本資料	入學日期	年 月 日		姓 名		學 號		學生手機				
	出生日期	年 月 日		血型		性別	☐ 男 ☐ 女	身分證字號				
	戶籍地址	郵遞區號□□□□□		市(縣)		區(市鄉鎮)		里(村)		鄰		
				路(街)		段 巷 弄		號 樓 室				
	現居地址	☐ 同上 ☐ 如右：										
	緊急聯絡人	關係	姓名		電話(家)		電話(公)		行動電話			
	家長/監護人											
	家長/監護人											
親友												
健康基本資料	個人疾病史 1. ☐ 截至目前為止身體狀況一切正常 2. 曾經罹患過的疾病 ☐ 1 心臟病 ☐ 2 第__型糖尿病 ☐ 3 腎臟病 ☐ 4 血友病 ☐ 5 蠶豆症 ☐ 6 肺結核 ☐ 7 氣喘 ☐ 8 肝炎(A、B、C、D、E) ☐ 9 癲癇 ☐ 10 腦炎 ☐ 11 疝氣_左_右 (☐ 已手術治療 ☐ 未手術治療) ☐ 12 過敏物質名稱： ☐ 13 重大手術名稱： ☐ 14 罕見疾病： ☐ 15 海洋性貧血 ☐ 16 紅斑性狼瘡 ☐ 17 關節炎 ☐ 18 心理或精神疾病： ☐ 19 癌症： ☐ 99 其他： ☐ 3. 上述疾病目前是否持續治療中 ☐ 否 ☐ 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： ☐ 否 ☐ 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。 ☐ 領有重大傷病證明卡，類別參加保險，類別 ☐ 全民健保 ☐ 學生團體保險 ☐ 其他 ☐ 領有身心障礙手冊，類別等級： ☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度 ※請檢附並影印重大傷病卡及身心障礙手冊										特殊疾病現況或應注意事項 ☐ 詳如病歷摘要	
	家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____, 疾病名稱_____。 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。 3. 親愛的家長： (1). 本校為了瞭解貴子弟的健康情形，及學生在校發生緊急傷病需至醫院求診時，需連絡家長或親屬，請您務必詳填上述資料(緊急聯絡人欄位)，使有需要之學生在校能得到妥善的醫療照護，謝謝您的合作配合。 (2). 為預防學生參與教學活動暨運動競賽時可能意外事件的發生，顧及學生安全，將主動提供個人健康狀況於相關處室及任課老師，以作為教學活動及體育競賽活動安排之參考， ☐ 同意 ☐ 不同意 家長簽名：_____ 日期：_____											
經常性檢查及其缺點矯治	生長發育	年級項目	一		二		三					
			上	下	上	下	上	下				
		身高(公分)										
		體重(公斤)										
	視力檢查及複查	腰圍(公分)										
		裸視右眼										
		裸視左眼										
		矯正右眼										
	屈光異常類別	矯正左眼										
		☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視					
處置情形		☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑型 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 其他	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑型 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 其他	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑型 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 其他	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑型 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 其他	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑型 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 其他	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑型 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 其他					
	在學期間重大傷病事故											
	重要紀錄卡請妥善保存並於畢業(離校)時發還											

學號			班級座號			姓名		
檢查日期	年 月 日							
檢查日期	檢查結果（採勾選方式，「其他」未詳列項目請以中文載明。）						醫事人員簽章	
血壓	① _____ / _____ mmHg 脈搏：_____ 次/分 ② _____ / _____ mmHg 脈搏：_____ 次/分							
聽力	☐ 無明顯異常	☐ 左耳聽力弱 ☐ 右耳聽力弱 ☐ 其他_____						
辨色力	☐ 無明顯異常	☐ 辨色力異常 ☐ 其他_____						
眼睛	☐ 無明顯異常	☐ 斜視：_____ ☐ 睫毛倒插 ☐ 眼球震顫 ☐ 眼瞼下垂 ☐ 其他_____						
耳鼻喉	☐ 無明顯異常	☐ 耳膜破損（右、左） ☐ 耳道畸形（右、左） ☐ 耳前瘻管（右、左） ☐ 唇顎裂 ☐ 構音異常 ☐ 耳垢栓塞（右、左） ☐ 扁桃腺腫大 ☐ 過敏性鼻炎 ☐ 慢性鼻炎 ☐ 其他_____						
頭頸	☐ 無明顯異常	☐ 斜頸 ☐ 異常腫塊（ ☐ 甲狀腺腫 ☐ 淋巴腺腫大 ☐ 其他異常腫塊） ☐ 其他_____						
胸部 （胸腔及外觀）	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢	☐ 胸廓異常 ☐ 其他_____ ☐ 心肺疾病（ ☐ 心雜音 ☐ 心律不整 ☐ 呼吸聲異常 ☐ 心搏過速 ☐ 心搏過緩 ☐ 其他_____）						
腹部	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢	☐ 腹部異常腫大 ☐ 其他_____						
脊柱四肢	☐ 無明顯異常	☐ 脊柱側彎 ☐ 肢體畸形（ ☐ 多併指（趾） ☐ 關節變形 ☐ 其他肢體畸形_____ ☐ 蹲距困難 ☐ 其他_____						
泌尿生殖	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢	☐ 隱罩 ☐ 陰囊腫大 ☐ 包皮異常 ☐ 精索靜脈曲張 ☐ 其他_____※僅限男生受檢						
皮膚	☐ 無明顯異常	☐ 癬 ☐ 疣 ☐ 紫斑 ☐ 疥瘡 ☐ 溼疹 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 其他_____						
口腔	未治療齲齒： ☐ 無 ☐ 有 已治療齲齒： ☐ 無 ☐ 有 恆牙第一大白齒齲齒經驗： ☐ 無 ☐ 有，上顎 ☐ 16 ☐ 26； 下顎 ☐ 36 ☐ 46 ☐ 口腔衛生不良 ☐ 牙結石 ☐ 牙齦炎 ☐ 牙周病 ☐ 乳牙待拔牙 ☐ 待拔牙 ☐ 贅生牙 ☐ 缺牙 ☐ 阻生牙 ☐ 咬合不正（ ☐ 矯治中） ☐ 其他_____							
尿液 檢查	初查日期：_____年_____月_____日		複查日期：_____年_____月_____日		複查結果追蹤			
	項目	報告	項目	報告				
	尿 糖		尿 糖					
	尿蛋白		尿蛋白					
	酸鹼度		酸鹼度					
	尿潛血		尿潛血					
血液 檢查	實驗室檢查項目		初檢報告	判讀	實驗室檢查項目		初檢報告	判讀
	白血球（ $10^3/\mu\text{L}$ ）			☐ 正常 ☐ 異常	SGOT（U/L）			☐ 正常 ☐ 異常
	紅血球（ $10^6/\mu\text{L}$ ）			☐ 正常 ☐ 異常	SGPT（U/L）			☐ 正常 ☐ 異常
	血小板（ $10^3/\mu\text{L}$ ）			☐ 正常 ☐ 異常	肌酸酐（mg/dl）			☐ 正常 ☐ 異常
	血色素（g/dl）			☐ 正常 ☐ 異常	尿酸（mg/dl）			☐ 正常 ☐ 異常
	血球容積比 Hct（%）			☐ 正常 ☐ 異常	總膽固醇（mg/dl）			☐ 正常 ☐ 異常
	平均血球容積MCV(fl)			☐ 正常 ☐ 異常	B型肝炎表面抗原			☐ 有反應 ☐ 無反應
					B型肝炎表面抗體			☐ 有反應 ☐ 無反應
增列 檢查項目								
胸部X光	☐ 無明顯異常	☐ 異常 ☐ 疑似肺結核病徵 ☐ 肺結核鈣化 ☐ 胸廓異常 ☐ 肋膜腔積水 ☐ 脊柱側彎 ☐ 心臟肥大 ☐ 支氣管擴張 ☐ 其他_____						
總評建議	☐ 無明顯異常 ☐ 有異狀，需接受_____科醫師診治 ☐ 其他建議：_____						承辦檢查廠商簽章	
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	學生健康檢查結果追蹤矯治情形： ☐ 1. 已完成複查與矯治，科別：_____ ☐ 2. 需持續追蹤矯治項目：_____ 個案管理摘要記載：							
預防 接種	流感疫苗接種日期：_____年_____月____日、_____年_____月____日、_____年_____月____日							