

# 中山工商附設國中部 114 學年度學生健康狀況調查暨緊急事件聯絡表

班級：\_\_\_\_\_ 學號：\_\_\_\_\_ 學生姓名：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_

入學年月	年 月	性別		出生日期	年 月 日	身 份 證 號		
緊急聯絡人	家 長 (監護人)	關係		姓名		電 話	住宅：	手機：
		關係		姓名		電 話	住宅：	手機：
	附近親友	關係		姓名		電 話	住宅：	手機：
		關係		姓名		電 話	住宅：	手機：

一、 到目前為止身體狀況一切正常

二、個人疾病史：本人曾患過的疾病

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 肺結核<br><input type="checkbox"/> 2. 心血管疾病<br><input type="checkbox"/> 3. 肝膽疾病<br><input type="checkbox"/> 4. 氣喘<br><input type="checkbox"/> 5. 腎臟及泌尿系統疾病<br><input type="checkbox"/> 6. 癲癇症<br><input type="checkbox"/> 7. 紅斑性狼瘡<br><input type="checkbox"/> 8. 血友病<br><input type="checkbox"/> 9. 蠶豆症<br><input type="checkbox"/> 10. 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 11. 腫瘤(癌)：_____<br><input type="checkbox"/> 12. 貧血：_____<br><input type="checkbox"/> 13. 重大手術名稱：_____<br><input type="checkbox"/> 14. 過敏物質名稱：_____<br><input type="checkbox"/> 15. 腦炎及腦膜炎：_____<br><input type="checkbox"/> 16. 罕見疾病：_____<br><input type="checkbox"/> 17. 身心疾病：_____<br><input type="checkbox"/> 18. 其他：_____ |
|---|---|

三、上列疾病中： 已痊癒                       正接受治療  
 未痊癒，但目前不需治療

四、因上述疾病，需特別注意事項：

五、最近二個月內是否曾因傷病而就醫： 否       是，原因\_\_\_\_\_

六、因先天性疾病或意外引起的身心障礙：

有，請說明：\_\_\_\_\_  無

七、家族健康史：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：\_\_\_\_\_

是否加入全民健保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	列舉學校附近常去就診健保特約醫院診所名稱（僅供參考） (1) _____ (2) _____
----------	--	---

說明：1. 上述資料已據實填寫。

2. 當孩子發生緊急傷病如聯絡不到本人時，請聯絡上述親友。

3. 如聯絡不到本人及上述親友時，請學校權宜處理。

4. 本表如有更動，請家長主動通知導師修正。

家長簽名：\_\_\_\_\_ 114 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

註：本調查表於開學兩週內彙整完成，請 貴家長支持，共同為子女的健康維護努力。

註：**學生在校期間，請隨身攜帶健保卡**