

臺北市幸安國小學生健康狀況調查及緊急聯絡表

親愛的家長：

您好！學校為瞭解貴子弟的健康情形，以作為教學活動的參考及緊急傷病聯絡依據，敬請詳填本卡，此資料僅供授課老師和健康中心使用，特此申明。

(填寫後，開學當天交給級任導師彙整，再轉健康中心保管)

此表每學年會重新發回，如學童健康狀況或緊急電話有更改，請務必協助更正

幸安國小健康中心敬上

一年 班 號	三年 班 號	五年 班 號
二年 班 號	四年 班 號	六年 班 號

一、 學生基本資料

姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期：民國 年 月 日
身分證字號：	住址：	

二、 健康基本資料

個人疾病史：學生曾患過的疾病			
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 7. 氣喘	<input type="checkbox"/> 14. 罕見疾病_____	
<input type="checkbox"/> 1. 心臟病	<input type="checkbox"/> 8. ____型肝炎	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血	
<input type="checkbox"/> 2. 第____型糖尿病	<input type="checkbox"/> 9. 癲癇	<input type="checkbox"/> 16. 紅斑性狼瘡	
<input type="checkbox"/> 3. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 10. 腦炎	<input type="checkbox"/> 17. 關節炎	
<input type="checkbox"/> 4. 血友病	<input type="checkbox"/> 11. 痘氣	<input type="checkbox"/> 18. 心理或精神疾病_____	
<input type="checkbox"/> 5. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 12. 過敏物質_____	<input type="checkbox"/> 19. 癌症_____	
<input type="checkbox"/> 6. 肺結核	<input type="checkbox"/> 13. 重大手術_____	<input type="checkbox"/> 99. 其他_____	
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病卡，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_____ 級別： <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：_____			
若有特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，請提供病歷摘要(含疾病現況及應注意事項)，做為照護參考。 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要			

三、 緊急連絡人及電話(請依優先順序列出監護人及親友)

1. 關係：	姓名：	電話：(公) (宅)
2. 關係：	姓名：	電話：(公) (宅)
3. 關係：	姓名：	電話：(公) (宅)

四、 當您的孩子發生緊急傷病情形時，學校會盡心盡力與本單上所列家長或親友取得聯絡，如無法聯絡上或遇家長未到校前，學童急需就醫或有生命危險之情況，請家長授權校方逕送離校最近的臺北市立聯合醫院仁愛院區臺大醫院指定其他醫院_____進行處理，以維護學童生命安全。

家長簽章：_____

【續背面】

*聯絡方式及健康狀況變更欄【若無更動情形，簽名即可】

【二年級】

變更緊急聯絡人	姓名	稱謂	連絡電話(手機)	連絡電話(公司)	連絡電話(住宅)
【更新】健康狀況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 診斷日期： <input type="checkbox"/> 照護注意事項：			<input type="checkbox"/> 新診斷疾病： <input type="checkbox"/> 目前服用藥物及服用次數：	
	家長簽名： 填寫日期： 年 月 日				

【三年級】

變更緊急聯絡人	姓名	稱謂	連絡電話(手機)	連絡電話(公司)	連絡電話(住宅)
【更新】健康狀況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 診斷日期： <input type="checkbox"/> 照護注意事項：			<input type="checkbox"/> 新診斷疾病： <input type="checkbox"/> 目前服用藥物及服用次數：	
	家長簽名： 填寫日期： 年 月 日				

【四年級】

變更緊急聯絡人	姓名	稱謂	連絡電話(手機)	連絡電話(公司)	連絡電話(住宅)
【更新】健康狀況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 診斷日期： <input type="checkbox"/> 照護注意事項：			<input type="checkbox"/> 新診斷疾病： <input type="checkbox"/> 目前服用藥物及服用次數：	
	家長簽名： 填寫日期： 年 月 日				

【五年級】

變更緊急聯絡人	姓名	稱謂	連絡電話(手機)	連絡電話(公司)	連絡電話(住宅)
【更新】健康狀況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 診斷日期： <input type="checkbox"/> 照護注意事項：			<input type="checkbox"/> 新診斷疾病： <input type="checkbox"/> 目前服用藥物及服用次數：	
	家長簽名： 填寫日期： 年 月 日				

【六年級】

變更緊急聯絡人	姓名	稱謂	連絡電話(手機)	連絡電話(公司)	連絡電話(住宅)
【更新】健康狀況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 診斷日期： <input type="checkbox"/> 照護注意事項：			<input type="checkbox"/> 新診斷疾病： <input type="checkbox"/> 目前服用藥物及服用次數：	
	家長簽名： 填寫日期： 年 月 日				