

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. 疝氣	<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_____等級： <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					