

學號	11255019		班級/座號	291 / 19		姓名	王小明	
檢查日期	112年9月18-21日							
檢查項目	檢查結果(異常者打勾)						檢查醫師簽章	
	血壓: _____ / _____ mmHg(視需要辦理項目) 腰圍: _____ 公分(視需要辦理項目)							
眼睛	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視: <input type="checkbox"/> 外斜、 <input type="checkbox"/> 內斜 <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他_____					
頭頸	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊:( <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大) <input type="checkbox"/> 其他_____					
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		聽力異常: <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 其他_____					
胸腔	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢		<input type="checkbox"/> 心肺疾病:( <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常) <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他_____					
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢		<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____					
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形( <input type="checkbox"/> 多併指/趾 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 其他肢體畸形) <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他_____					
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢		<input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他_____					
皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他_____					
口腔	1. 未治療齲齒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 2. 已治療齲齒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 3. 恆牙第一大臼齒齲齒經驗: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有; <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 26、 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 46 4. 恆牙第一大臼齒窩溝封填: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 乳牙待拔牙 <input type="checkbox"/> 待拔牙 <input type="checkbox"/> 贅生牙 <input type="checkbox"/> 缺牙 <input type="checkbox"/> 阻生牙 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他							
增列檢查項目								
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀,需接受 _____ 科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議: <input type="checkbox"/> 雖然有異狀,但目前不須追蹤治療,請持續觀察						承辦檢查醫院 台北市立聯合醫院(仁愛院區)	
尿液檢查	初查日期: 112年9月14日			複查日期: 112年9月28日			複查結果追蹤	
	尿蛋白( ) 尿糖( )		尿蛋白( ) 尿糖( )		尿蛋白( ) 尿糖( )		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 須持續追蹤	
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			
	心臟病篩檢(心電圖)	112.10.23	兒童心臟病基金會	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 需聽診				
	心臟病篩檢(聽診)		兒童心臟病基金會	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 需轉診				
疫苗接種記錄	疫苗種類	接種日期	疫苗種類	接種日期				
	季節性流感疫苗		新冠肺炎疫苗					
	季節性流感疫苗		新冠肺炎疫苗					
	季節性流感疫苗		新冠肺炎疫苗					
	HPV疫苗 <input type="checkbox"/> 嘉喜9價 <input type="checkbox"/> 保蓓2價							
HPV疫苗 <input type="checkbox"/> 嘉喜9價 <input type="checkbox"/> 保蓓2價								
在學期間重大傷病事故								重要記錄卡 請妥善保存 畢業時發還
健康管理綜合紀錄	學生健康檢查結果追蹤矯治情形 <input type="checkbox"/> 1. 已完成複查與矯治,科別: <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> 新陳代謝科 <input type="checkbox"/> 骨科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 小兒內外科 <input type="checkbox"/> 泌尿/內分泌科 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 2. 需持續追蹤矯治項目: <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> 新陳代謝科 <input type="checkbox"/> 骨科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 小兒內外科 <input type="checkbox"/> 泌尿/內分泌科 <input type="checkbox"/> 其他_____ 個案管理摘要記載:							

備註:本資料蒐集依學校衛生法。僅用於學生健康資料管理、保健醫療服務。

2023年7月修訂

★重要文件請勿遺失★

國立臺灣師範大學附屬高級中學(國中部)學生健康檢查紀錄卡

學號 11255019

學生基本資料	入學日期	112 年 8 月	轉學	年 月	畢業國小	幸安	姓名	王小明	
	出生日期	99 年 9 月 1 日	血型	O	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	A123456789	
	戶籍地址	台北縣 板橋市 信義路三段 巷弄 143 號 樓							
	現居地址	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：						學生手機	0923 XXX XX
	家長監護人及附近親友緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	年級(寫班號)班級	座號	
	父	王大明	2707 XXX	2707 XXX	0922 XXX XX	七年 291 班	19 號		
	母	林美甘	2707 XXX		0922 XXX XX	八年 班	號		
						九年 班	號		

健康基本資料	個人疾病史： 本人曾患過的疾病	<input type="checkbox"/> 1. 心臟病 <input type="checkbox"/> 2. 第__型糖尿病 <input type="checkbox"/> 3. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 4. 血友病 <input type="checkbox"/> 5. 蠱豆症 <input type="checkbox"/> 6. 肺結核 <input type="checkbox"/> 7. 氣喘	<input type="checkbox"/> 8. __型肝炎 <input type="checkbox"/> 9. 癲癇 <input type="checkbox"/> 10. 腦炎 <input type="checkbox"/> 11. 疝氣(左、右) <input type="checkbox"/> 12. 過敏物質： <input type="checkbox"/> 13. 重大手術名稱：	<input type="checkbox"/> 14. 罕見疾病： <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血： <input type="checkbox"/> 16. 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 17. 關節炎 <input type="checkbox"/> 18. 心理或精神疾病： <input type="checkbox"/> 19. 癌症： <input type="checkbox"/> 20. 其他： <input checked="" type="checkbox"/> 無，至目前為止身體狀況一切正常	特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要(入學後若有新增疾病請主動告知導師及健康中心)  家長簽名(請簽中文全名)：王大明	
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，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	若有上述特殊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，做為照護參考。				
	家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂____，疾病名稱____ 法定代理人：領有身心障礙手冊，稱謂____，等級 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度(其他級別不調查)	無				

生長發育	項目	年級					
		七上	七下	八上	八下	九上	九下
	身高(公分)						
	體重(公斤)						
	體位評估	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重
視力檢查及矯治追蹤	裸眼	右					
		左					
	矯正	右					
		左					
	屈光異常類別	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視
	屈光度數	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左
散光度數	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	
處置情形	處置情形	<input type="checkbox"/> 散瞳治療	<input type="checkbox"/> 散瞳治療	<input type="checkbox"/> 散瞳治療	<input type="checkbox"/> 散瞳治療	<input type="checkbox"/> 散瞳治療	<input type="checkbox"/> 散瞳治療
		<input type="checkbox"/> 配(換)鏡	<input type="checkbox"/> 配(換)鏡	<input type="checkbox"/> 配(換)鏡	<input type="checkbox"/> 配(換)鏡	<input type="checkbox"/> 配(換)鏡	<input type="checkbox"/> 配(換)鏡
		<input type="checkbox"/> 遮眼治療	<input type="checkbox"/> 遮眼治療	<input type="checkbox"/> 遮眼治療	<input type="checkbox"/> 遮眼治療	<input type="checkbox"/> 遮眼治療	<input type="checkbox"/> 遮眼治療
		<input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡	<input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡	<input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡	<input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡	<input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡	<input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡
		<input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 角膜塑型
		<input type="checkbox"/> 定期檢查	<input type="checkbox"/> 定期檢查	<input type="checkbox"/> 定期檢查	<input type="checkbox"/> 定期檢查	<input type="checkbox"/> 定期檢查	<input type="checkbox"/> 定期檢查
現存視力處置	現存視力處置	<input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 已通知家長	
		<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡	
		<input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 角膜塑型	
		<input type="checkbox"/> 散瞳	<input type="checkbox"/> 散瞳	<input type="checkbox"/> 散瞳	<input type="checkbox"/> 散瞳	<input type="checkbox"/> 散瞳	

注意事項	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。 ※責任醫院為：臺北市立聯合醫院(仁愛院區)。 3. 往返車資由家長自行負擔。 4. 本人已詳讀上列注意事項並依實填寫各項資料。 家長簽名：王大明 (請務必簽全名，勿蓋章)
------	--