

新北市二重國小學生健康狀況調查暨緊急事件聯絡表

班級		一年____班____號(先不寫)		學生姓名			
緊急聯絡人	關係		姓名		電話	公：	宅：
	關係		姓名		電話	公：	宅：
	關係		姓名		電話	公：	宅：
	關係		姓名		電話	公：	宅：
健康基本資料	個人疾病史：本人曾患過的疾病【此欄位務必要詳細填寫】						以“紅筆”摘記須特別注意的個人特殊疾病照護事項
	<input type="checkbox"/> 1. “無” <input type="checkbox"/> 7. 癲癇 <input type="checkbox"/> 13 心理或精神疾病						
	<input type="checkbox"/> 2. 肺結核 <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 14 癌症：_____						
	<input type="checkbox"/> 3. 心臟病 <input type="checkbox"/> 9. 血友病 <input type="checkbox"/> 15 海洋性貧血：_____						
	<input type="checkbox"/> 4. 肝炎 <input type="checkbox"/> 10 蠱豆症 <input type="checkbox"/> 16 重大手術名稱：_____						
<input type="checkbox"/> 5. 氣喘 <input type="checkbox"/> 11 關節炎 <input type="checkbox"/> 17 過敏物質名稱：_____							
<input type="checkbox"/> 6. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 12 糖尿病 <input type="checkbox"/> 18 其他：_____							
<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），作為照護參考							
家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____							
請列舉學校附近或常去就診的醫療院所（僅供參考）							
① _____ ② _____ ③ _____							
說明： 1、為使學校了解貴子女目前健康情形，麻煩您抽空詳填，於新生報到時繳交。 2、當孩子發生緊急傷病如聯絡不到家長本人時，會連絡上述親友。 3、如聯絡不到家長本人及上述親友時，會由學校權宜處理。 4、開學後請將“嬰幼兒預防接種紀錄影印本”交至級任導師處。謝謝您！							

家長簽名：_____

新北市二重國小健康中心謹啟