

國立臺灣師大附中(高中部)學生健康檢查紀錄卡

學號

310 000

姓名

王小明

入學日期

110 年 8 月

休學

年 月

復學

年 月

出生日期

97 年 9 月 2 日

血型

O

性別

☒男 ☐女

身分證字號

A 1 2 3 4 5 6 7 8 9

戶籍地址

北 市 區 村 鄰 信義路三段巷弄 143 號

樓室

學生手機: 0921000000

現居地址

☒同上 ☐如右:

緊急聯絡人

關係

姓名

電話(家)

電話(公)

行動電話

一 年 1633 班 1 號

附

父 王大明

2707-0000

2715-0000

0923000000

二 年 班 號

監

母 林美玲

2707-0000

0924000000

三 年 班 號

或

年 班 號

親

友

個人疾病史: 本人曾患過的疾病

☐1. 心臟病☐7. 氣喘☐13. 重大手術名稱: _____☐2. 第 型糖尿病☐8. 型肝炎☐15. 海洋性貧血: _____☐3. 腎臟病☐9. 癲癇☐16. 紅斑性狼瘡☐4. 血友病☐10. 腦炎☐17. 關節炎☐5. 蠶豆症☐11. 疝氣☐18. 心理或精神疾病: _____☐6. 肺結核☐12. 過敏物質: _____☐19. 癌症: _____☐20. 其他: _____☒無, 至目前為止身體狀況一切正常

特殊疾病或應注意事項

☐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)☐學生領有重大傷病證明卡,

診斷項次別 _____

☐學生領有身心障礙手冊, 類別 _____等級: ☐1. 輕度 ☐2. 中度 ☐3. 重度☐4. 極重度

家長簽名: 王大明

☐若有上述疾病寫出常去就診之學校附近的醫院或診所名稱、電話做為緊急送醫之參考: _____☐學生具有原住民身分☐具有低收入戶資格☐法定代理人持有重度、極重度身心障礙手冊

備註: 此欄關係學生團體保險費之收費及獎助學金之申請和升學的權益, 請家長詳實填寫。

家族疾病史(請填入家屬代號): 患有重大遺傳性疾病的家屬稱謂 _____, 疾病名稱 _____

(家屬稱謂代號 1. 父親 2. 母親 3. 祖父 4. 祖母 5. 兄 6. 弟 7. 姐 8. 妹 9. 外祖父 10. 外祖母)

項目	年級									
	一上	一下	二上	二下	三上	三下				
身高(公分)										
體重(公斤)										
評估	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重
裸視	右									
	左									
矯正	右									
	左									
屈光異常類別	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視
	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左
屈光度數	右 左	右 左	右 左	右 左	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	右 左	右 左	右 左	右 左
處置情形	☐ 散瞳治療 ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長	☐ 散瞳治療 ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長	☐ 散瞳治療 ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長	☐ 散瞳治療 ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長	☐ 散瞳治療 ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長	☐ 散瞳治療 ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長	☐ 散瞳治療 ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長	☐ 散瞳治療 ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長	☐ 散瞳治療 ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長	☐ 散瞳治療 ☐ 配(換)鏡 ☐ 遮眼治療 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 定期檢查 ☐ 已通知家長
現存視力處置	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳	☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型 ☐ 散瞳

經常性檢查及其缺點矯治

臨時性檢查與預注	檢查單位名稱	檢查日期	檢查結果	備註
心臟病篩檢(心電圖)	兒童心臟病基金會	110.10.18	☐ 無異狀 ☐ 需聽診	心臟病篩檢(聽診): 檢查結果: ☐ 無異狀 ☐ 需轉診
季節性流感疫苗	政府指定合約醫院			
新冠肺炎疫苗			廠牌: ☐ 第一劑 ☐ 第二劑	

