

範本

國立臺灣師大附中(高中部)學生健康檢查紀錄卡

學號 410000

學生基本資料

入學日期	114年8月	休學	年月	復學	年月	姓名	王小明								
出生日期	99年1月1日	血型	O	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	A1	2	3	4	5	6	7	8	9
戶籍地址	台北縣(市)區 鄉鎮 里 信義街 路三段 巷弄 143號 樓 <input type="checkbox"/> 學生具有原住民身分 室 學生手機: 0921000000														
現居地址	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右:														
緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	一年	1658	班	1	號					
	父	王子	2707-0000	2715-0000	0923000000	二年		班		號					
	母	林貞好	2707-0000		0924000000	三年		班		號					
						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"/> 7. 氣喘	<input type="checkbox"/> 13. 重大手術名稱: _____
<input type="checkbox"/> 2. 第__型糖尿病	<input type="checkbox"/> 8. __型肝炎	<input type="checkbox"/> 14. 罕見疾病: _____
<input type="checkbox"/> 3. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 9. 癲癇	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血
<input type="checkbox"/> 4. 血友病	<input type="checkbox"/> 10. 腦炎	<input type="checkbox"/> 16. 紅斑性狼瘡
<input type="checkbox"/> 5. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 11. 疝氣(左、右)	<input type="checkbox"/> 17. 關節炎
<input type="checkbox"/> 6. 肺結核	<input type="checkbox"/> 12. 過敏物質: _____	<input type="checkbox"/> 18. 心理或精神疾病: _____
		<input type="checkbox"/> 19. 癌症: _____
		<input type="checkbox"/> 99. 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: 王子

上述疾病目前是否持續治療中 否 是 (請續填寫醫療院所名稱與治療藥物名稱與服用方式)

醫療院所名稱: \_\_\_\_\_ 治療藥物名稱與服用方式: 否 是

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, 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 \_\_\_\_\_

經常性檢查及其缺點矯治

項目	年級		一上	一下	二上	二下	三上	三下								
	一上	一下														
身高(公分)																
體重(公斤)																
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	<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						
裸視	右															
	左															
矯正	右															
	左															
屈光異常類別	右	<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	左	<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	右	<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	左	<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	右	<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	左	<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	右	<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	左	<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
	左	<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	右	<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	左	<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	右	<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	左	<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	右	<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	左	<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	右	<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	
	左		右		左		右		左		右		左		右	
散光度數	右		左		右		左		右		左		右		左	
	左		右		左		右		左		右		左		右	
處置情形	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 配(換)鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 配(換)鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 配(換)鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 配(換)鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 配(換)鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 配(換)鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 配(換)鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 配(換)鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 配(換)鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 配(換)鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 配(換)鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 配(換)鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 配(換)鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 配(換)鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 配(換)鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 已通知家長	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 配(換)鏡 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 已通知家長
	現存視力處置	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 散瞳(長、短)	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 散瞳(長、短)	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 散瞳(長、短)	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 散瞳(長、短)	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 散瞳(長、短)	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 散瞳(長、短)	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 散瞳(長、短)	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 散瞳(長、短)	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 散瞳(長、短)	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 散瞳(長、短)	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 散瞳(長、短)	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 散瞳(長、短)	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 散瞳(長、短)	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 散瞳(長、短)	<input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 散瞳(長、短)

臨時性檢查	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		<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	

學號	410000		班級/座號	1658/ 1		姓名	王小明	
檢查日期	114年 9 月 23-26 日							
檢查項目	檢查結果(採勾選方式,「其他」未詳列項目請以中文載明。)						醫事人員簽章	
血壓	血壓: _____ / _____ mmHg		脈搏: _____ 次/分		腰圍: _____ 公分			
血壓	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常收縮壓: _____ mmHg		<input type="checkbox"/> 舒張壓: _____ mmHg				
脈搏	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常脈搏: _____ 次/分						
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"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼臉下垂 <input type="checkbox"/> 其他 _____						
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 聽力異常(右、左) <input type="checkbox"/> 耳膜破損(右、左) <input type="checkbox"/> 耳道畸形(右、左) <input type="checkbox"/> 耳前瘻管(右、左) <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 耳垢栓塞(右、左) <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <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"/> 其他異常腫塊) <input type="checkbox"/> 其他 _____						
胸部(胸腔及外觀)	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<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"/> 其他心肺疾病 _____)						
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 不同同意受檢 <input type="checkbox"/> 腹部異常腫大 <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"/> 不同同意受檢 <input type="checkbox"/> 隱罩 <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 _____ ※僅限男生受檢						
皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其他 _____						
口腔	未治療齲齒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 已治療齲齒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 恆牙第一大臼齒齲齒經驗: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 上顎 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 26; 下顎 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 46 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 _____							
尿液檢查	初查日期: 114年 9 月 16 日		複查日期: 114年 9 月 30 日		複查結果追蹤			
	尿蛋白( ) 尿糖( )		尿蛋白( ) 尿糖( )					
	尿潛血( ) 酸鹼度( )		尿潛血( ) 酸鹼度( )					
疫苗接種記錄	疫苗種類/廠牌	疫苗接種日期	疫苗種類/廠牌	疫苗接種日期	疫苗種類/廠牌	疫苗接種日期		
	流感疫苗/		新冠肺炎疫苗/					
	流感疫苗/		新冠肺炎疫苗/					
	流感疫苗/		新冠肺炎疫苗/					
胸部X光	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 其他 _____				複查矯治日期		
增列檢查項目								
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀, 需接受 _____ 科醫師診治					承辦檢查醫療機構簽章		
	<input type="checkbox"/> 其他建議: _____					臺北市立聯合醫院(仁愛院區)		
	<input type="checkbox"/> 雖然有異狀, 但目前不須追蹤治療, 請持續觀察							
健康管理	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:							