|  |
| --- |
| **國民中學：校名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_學生健康檢查紀錄卡****班級座號：\_\_\_年\_\_\_班\_\_\_號** |
| 學生基本資料 | 入學日期 | 年 月 | 姓名 |  | 學號 |  | 原住民身份 | □是□否 |
| 出生日期 |  年 月 日 | 血型 |  | 性別 | □男 □女 | 身分證字號 |  |
| 戶籍地址 | 縣 | 市區 | 村 | 鄰 | 路 |  段 | 巷 | 弄 | 號 | 樓 |
| 市 | 鄉鎮 | 里 |  | 街 |  |  |  |  | 室 |
| 現居地址 | □同上 □如右： |
| 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 班級 座號 |
|  |  |  |  |  | 七年 班 號 |
|  |  |  |  |  | 八年 班 號 |
|  |  |  |  |  | 九年 班 號 |
| 健康基本資料 | 個人疾病史：1.□至目前為止身體狀況一切正常2.曾經罹患過的疾病□1心臟病 □2第\_\_ 型糖尿病 □3腎臟病 □4血友病 □5蠶豆症 □6肺結核 □7氣喘 □8肝炎（A、B、C、D、E） □9癲癇 □10腦炎 □11疝氣\_左\_右（□已手術□未手術治療）□12過敏物質名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□13重大手術名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_□14罕見疾病：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□15海洋性貧血 □16紅斑性狼瘡 □17關節炎□18心理或精神疾病：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □19癌症：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□99其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3.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；治療藥物名稱可檢附藥袋，作為照護參考。 | 特殊疾病現況或應注意事項□詳如病歷摘要家長簽名： |
| □領有重大傷病證明卡，類別\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 參加保險，類別□全民健保□學生團體保險□其他\_\_\_\_\_□領有身心障礙手冊，類別\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 等級：□極重度 □重度 □中度 □輕度※請檢附並影印重大傷病卡及身心障礙手冊 |
| 家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，疾病名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 經常性檢查及缺點矯治 | 生長發育 | 年級項目 | 七上 | 七下 | 八上 | 八下 | 九上 | 九下 |
| 身高（公分） |  |  |  |  |  |  |
| 身高不足評值 |  |  |  |  |  |  |
| 體重（公斤） |  |  |  |  |  |  |
| 體位評值 | □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 |
| 視力檢查及矯治追蹤 | 裸眼視力 | 右 左 | 右 左 | 右 左 | 右 左 | 右 左 | 右 左 |
| 戴鏡視力 | 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 |
| 散光度數 | 右 左 | 右 左 | 右 左 | 右 左 | 右 左 | 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 |
| 處置情形 | □長效散瞳□短效散瞳□角膜塑型□其他 | □長效散瞳□短效散瞳□角膜塑型□其他 | □長效散瞳□短效散瞳□角膜塑型□其他 | □長效散瞳□短效散瞳□角膜塑型□其他 | □長效散瞳□短效散瞳□角膜塑型□其他 | □長效散瞳□短效散瞳□角膜塑型□其他 |
| 在學期間重大傷病事故 |  |
| 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：\_\_\_\_\_醫院及\_\_\_\_\_醫院1. 如發生上述狀況家長希望送往醫院□\_\_\_\_\_醫院□\_\_\_\_醫院，請務必擇一填寫（切勿複選）
2. 往返車資由家長自行負擔
3. 本人已詳讀上列注意事項並依實填寫各項資料
4. 家長簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（請務必簽中文全名、勿蓋章）

重要紀錄卡請妥善表存並得於畢業(離校)時發還 |
| 班級座號 |  | 姓名 |  | 學號 |  |
| 檢查日期 |  年月日 |  |
| 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。） | 檢查醫師簽章 |
| 血壓： / mmHg、脈搏： 次/分（視需要辦理項目）、腰圍：\_\_公分（視需要辦理項目） |  |
| 尿液檢查 | 初查日期： 年 月 日 | 複查日期： 年 月 日 | 追蹤複查結果 |  |
| 尿蛋白（ ） 尿 糖（ ）潛 血（ ） 酸鹼度（ ） | 尿蛋白（ ） 尿 糖（ ）潛 血（ ） 酸鹼度（ ） |  |  |
| 眼睛 | □無明顯異常 | □辨色力異常 □斜視： □睫毛倒插 □眼球震顫 □眼瞼下垂 □其他\_\_\_\_\_ |  |
| 耳鼻喉 | □無明顯異常 | □聽力異常（右、左）□耳膜破損（右、左）□耳道畸形（右、左）□耳前瘻管（右、左）□唇顎裂 □構音異常 □耳垢栓塞（右、左） □扁桃腺腫大 □過敏性鼻炎 □慢性鼻炎□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 頭頸 | □無明顯異常 | □斜頸 □異常腫塊（□甲狀腺腫 □淋巴腺腫大 □其他異常腫塊\_\_\_\_\_\_）□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 胸部（胸腔及外觀） | □無明顯異常□**不同意受檢** | □胸廓異常\_\_\_\_\_\_\_ □其他\_\_\_\_\_\_\_\_□心肺疾病（□心雜音 □心律不整 □呼吸聲異常 □其他心肺疾病\_\_\_\_\_） |  |
| 腹部 | □無明顯異常□**不同意受檢** | □腹部異常腫大 □其他 |  |
| 脊柱四肢 | □無明顯異常 | □脊柱側彎 □肢體畸形（□多併指/趾 □關節變形 □其他肢體畸形\_\_\_\_\_）□蹲距困難 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 泌尿生殖 | □無明顯異常□**不同意受檢** | □隱睪 □陰囊腫大 □包皮異常 □精索靜脈曲張 □其他\_\_\_\_\_**※僅限男生受檢** |
| 皮膚 | □無明顯異常 | □癬 □疣 □紫斑 □疥瘡 □溼疹 □異位性皮膚炎 □其他\_\_\_\_ |
| 口腔 | 未治療齲齒：□無 □有 已治療齲齒：□無 □有恆牙第一大臼齒齲齒經驗：□無 □有□口腔衛生不良 □牙結石 □牙齦炎 □牙周病 □乳牙待拔牙 □待拔牙 □贅生牙□缺牙 □阻生牙 □咬合不正 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **18**  | **17** | **16** | **15** | **14** | **13** | **12** | **11** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **上** |  | **55** | **54** | **53** | **52** | **51** | **61** | **62** | **63** | **64** | **65** |  | **上** |  |
|  |  | **右** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **左** |  |  |
|  | **下** |  | **85** | **84** | **83** | **82** | **81** | **71** | **72** | **73** | **74** | **75** |  | **下** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **48** | **47** | **46** | **45** | **44** | **43** | **42** | **41** | **31** | **32** | **33** | **34** | **35** | **36** | **37** | **38** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

C-齲齒 X-缺牙 **🛆**-已矯治 /-待拔牙（因齲齒造成之殘根） h-乳牙待拔 ψ-阻生牙 Sp-贅生牙 |  |
| 血液檢查 | 實驗室檢查項目 | 初檢報告 | 判讀 | 實驗室檢查項目 | 初檢報告 | 判讀 |
| 白血球（103/μL） |  | □正常 □異常 | 肌酸酐（mg/dl） |  | □正常 □異常 |
| 紅血球（106/μL） |  | □正常 □異常 | 尿酸（mg/dl） |  | □正常 □異常 |
| 血小板（103/μL） |  | □正常 □異常 | 血尿素氮（mg/dl） |  | □正常 □異常 |
| 血色素（g/dl） |  | □正常 □異常 | 總膽固醇（mg/dl） |  | □正常 □異常 |
| 血球容積比Hct（﹪） |  | □正常 □異常 | 三酸甘油酯（mg/dl） |  | □正常 □異常 |
| 平均血球容積MCV（fl） |  | □正常 □異常 | 飯前（後）血糖（mg/dl） |  | □正常 □異常 |
| SGOT（U/L） |  | □正常 □異常 | B型肝炎表面抗原 |  | □有反應 □無反應 |
| SGPT（U/L） |  | □正常 □異常 | B型肝炎表面抗體 |  | □有反應 □無反應 |
| 增列檢查項目 |  |
| 總評建議 | □無明顯異常 □有異狀，需接受\_\_\_\_\_科醫師診治□其他建議： | 承辦檢查廠商 |
| 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 健康管理綜合紀錄 | 學生健康檢查結果追蹤矯治情形：□1.已完成複查與矯治，科別：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □2.需持續追蹤矯治項目：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_個案管理摘要記載： |
| 預防接種 | HPV疫苗接種日期/廠牌 □嘉喜疫苗 □保蓓疫苗：□第一劑\_\_年\_\_月\_\_日 □第二劑\_\_年\_\_月\_\_日 □第三劑\_\_年\_\_月\_\_日流感疫苗接種日期：\_\_年\_\_月\_\_日、\_\_年\_\_月\_\_日、\_\_年\_\_月\_\_日 |

109年 教育部國民及學前教育署 修訂