|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **國立臺南第一高級中學 學生健康檢查紀錄卡**  學號 | | | | | | | | | | | |
| 學生基本資料 | 姓名 | |  | | | 身分證字號 |  | | | 報到  編號 |  |
| 出生日期 | | 年 月 日 | | | 性別 | □男 □女 | 血型 |  | 班級  座號 | 一 年\_\_\_ 班\_\_\_號 |
| 戶籍地址 | |  | | | | | | | 二 年\_\_\_ 班\_\_\_號 |
| 現居地址 | | □同上 □如右： | | | | | | | 三 年\_\_\_ 班\_\_\_號 |
| 緊急聯絡人 | 關係 | | | 姓名 | 電話(家) | 電話(公) | 行動電話 | | 學籍狀況(校方填寫)  □休學: \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月 | |
|  | |  |  |  |  |  | |
|  | |  |  |  |  |  | | □復學: \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月 | |
|  | |  |  |  |  |  | | □轉學: \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月 | |
| 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**□已痊癒□治療中 □2**第\_\_\_\_型糖尿病** □3**腎臟病**□已痊癒□治療中 □4.**血友病**  □5**蠶豆症**□穩定 □治療中 □6**肺結核**□已痊癒□治療中  □7**氣 喘**□已痊癒□治療中 □8**肝炎**（A、B、C、D、E）□已痊癒□治療中  □9**癲 癇**□已痊癒□治療中 □10**腦炎**□已痊癒□治療中 □11**疝氣**\_\_左\_\_右□已手術治療□未手術治療  □12**過敏物質**名稱　　　　　　　　□已痊癒□治療中  □13**重大手術**名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □已痊癒□治療中 □14**罕見疾病**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □穩定□治療中  □15**海洋性貧血**□穩定□治療中 □16**紅斑性狼瘡** □17**關節炎**□已痊癒□治療中  □18**心理或精神疾病**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□19**癌症**:名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □已痊癒□治療中  □99**其他**： □已痊癒□治療中  \*上述疾病有勾選持續治療中者，治療藥物名稱與服用方式：□否□是\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，醫療院所名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*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: □無□有\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □詳如病歷摘要 | | | | | | | | | | |
| □領有重大傷病證明卡，類別 **\*請檢附並影印重大傷病卡及身心障礙手冊**  □領有身心障礙手冊 ，類別 等級：□極重度 □重度 □中度 □輕度 | | | | | | | | | | |
| 家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 ，疾病名稱 | | | | | | | | | | |
| 1.當學生發生緊急傷病聯絡不到父母本人時，請聯絡上列親友。  **重要紀錄卡請妥善表存**  **並於畢業（離校）時發還**  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。  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):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 | | | | | | | | | | |

**國立臺南第一高級中學 學生健康檢查家長同意書**

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□同意在校內接受所有健康檢查【含胸部、腹部、泌尿生殖器檢查（僅限男生）】。**

**本人皆已詳讀「新生健康檢查注意事項」並依實填寫各項資料，特殊個人需求請先諮詢學校護理師，務必完成家長簽名。**

**家長簽全名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（請務必簽中文全名、勿蓋章）中華民國\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日**

111年 7月 修訂