

國立基隆高級中學學生健康檢查紀錄卡

暨家長同意書

年級	班級	座號
一		
二		
三		

學 號：

學 生 姓 名	身 分 證 字 號			血 型				(相片黏貼請勿超出框線) (校內檢查可免貼照片) 相 片 黏 貼 處	
學 生 本 人 話	入 學 年 份			111 年 08 月		休(轉)學			年 月
出 生 年 月 日	年 月 日		出 生 地		省(市)		縣(市)		
連 絡 地 址	縣 市		鄉 鎮 市 區		村 鄰 路 段		巷 號 之 樓		
緊 急 連 絡 人	關 係	姓 名		公 司 電 話		住 家 電 話		行 動 電 話	

健 康 基 本 資 料	個人疾病史：本人曾患過的疾病								特殊疾病現況或應注意事項 (簡要說明)
	☐ 1. 無		☐ 7. 癲癇		☐ 13. 心理或精神疾病_____				
	☐ 2. 肺結核		☐ 8. 紅斑性狼瘡		☐ 14. 癌症_____				
	☐ 3. 心臟病		☐ 9. 血友病		☐ 15. 海洋性貧血_____				
	☐ 4. ____型肝炎		☐ 10. 蠱豆症		☐ 16. 重大手術名稱_____				
	☐ 5. 氣喘		☐ 11. 關節炎		☐ 17. 過敏物質名稱_____				
	☐ 6. 腎臟病		☐ 12. 第____型糖尿病		☐ 18. 其他_____				
	☐ 領有重大傷病證明卡，類別_____								
	☐ 領有身心障礙手冊，類別_____等級： ☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度								
	如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：患有重大遺傳疾病家屬稱謂_____，疾病名稱_____								

初經年齡	____歲	間隔天數	____天	經期規律	☐ 是 ☐ 否	經痛現象	☐ 有 ☐ 無
------	-------	------	-------	------	---	------	---

家長聯絡事項

1. 為讓學校了解學生的健康狀況，**雙線內資料請務必詳細填寫。**

2. 學生發生緊急傷病時，將聯絡上列親友。如聯絡不到時校方權宜處理，優先送八堵礦工醫院診治。

3. 健康檢查結果資料將知會學校相關師長及所屬教育主管機關。

***健檢同意書：(請勾選，三選一)**

☐家長已詳閱健康檢查家長通知書之說明並同意學生接受所有健康檢查項目(包含包含胸、腹及男性泌尿生殖器 etc.)。

☐家長拒絕學生接受包含胸、腹及男性泌尿生殖器 etc. 檢查項目會自行及自費帶至醫療院所檢查，其餘項目同意受檢。

☐家長拒絕學生接受全部檢查項目會自行及自費帶至醫療院所檢查。

家長簽章：_____

年 級 學 期	一 年 級		二 年 級		三 年 級	
	上學期	下學期	上學期	下學期	上學期	下學期
身 高 (公 分)						
體 重 (公 斤)						
視 力	裸 視	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左
	矯 正	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左
	視 備 力 註	☐ 長效散瞳 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型	☐ 長效散瞳 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型	☐ 長效散瞳 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型	☐ 長效散瞳 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型	☐ 長效散瞳 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型
在學期間 重 大 傷 病 事 故						