

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 手 機 電 話			入學年份	114 年 8 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 里	路 段 街		巷 弄		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：學生本人曾患過的疾病 ☐ 1. 無 ☐ 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 ☐ 7. 癲癇 ☐ 13. 心理或精神疾病 ☐ 18. 其他						特殊疾病現況或應注意事項 (簡要說明)
	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_____

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。 *健康同意書：(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等。 ☐ 家長拒絕學生接受包含胸、腹及男性泌尿生殖器等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 力 備 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						