

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		(校內檢查可免貼照片) (相片黏貼請勿超出框線) 相 片 黏 貼 處
學 生 本 人 行 動 電 話	入 學 年 份	115 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 路 段 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： 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蠱豆症 ☐ 6肺結核 ☐ 7氣喘 ☐ 8肝炎 (A、B、C、D、E) ☐ 9癲癇 ☐ 10腦炎 ☐ 11疝氣 右_____左 (☐ 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、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 (簡要說明)				
	☐ 否 / ☐ 是具重大傷病身份，類別_____ 參加保險，類別 ☐ 全民健保 ☐ 學生團體保險 ☐ 其他_____				
	☐ 否 / ☐ 是領有身心障礙手冊，類別_____ 等級： ☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度 ※請檢附身心障礙手冊影本				
	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	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑形 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 其他	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑形 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 其他	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑形 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 其他	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑形 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 其他	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑形 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 其他
	備 註					
在學期間 重大傷病事故						

※ 以下各項檢查項目請依規定務必確實執行（由健檢單位填寫）

項目		日期		年 月 日		檢查醫事人員簽章	
血壓：_____ / _____ mmHg ， 脈搏：_____次/分 ， 腰圍：_____公分							
聽力	☐ 無明顯異常	☐ 左耳聽力弱 ☐ 右耳聽力弱 ☐ 其他_____					
辨色力	☐ 無明顯異常	☐ 辨色力異常 ☐ 其他_____					
眼睛	☐ 無明顯異常	☐ 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_____					
耳鼻喉	☐ 無明顯異常	☐ 疑似中耳炎 ☐ 扁桃腺腫大 ☐ 盯聾栓塞 ☐ 其他_____					
胸部	☐ 無明顯異常 ☐ 未受檢	☐ 心肺疾病（ ☐ 心雜音 ☐ 呼吸聲異常 ☐ 心律不整） ☐ 胸廓異常 ☐ 其他_____					
腹部	☐ 無明顯異常 ☐ 未受檢	☐ 異常腫大 ☐ 其他_____					
脊柱四肢	☐ 無明顯異常	☐ 脊柱側彎 ☐ 肢體畸形 ☐ 蹲踞困難 ☐ 其他_____					
皮膚	☐ 無明顯異常	☐ 癬 ☐ 疥瘡 ☐ 疣 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 濕疹 ☐ 其他_____					
泌尿生殖 (只適用男生)	☐ 無明顯異常 ☐ 未受檢	☐ 包皮異常 ☐ 陰囊腫大 ☐ 精索靜脈曲張 ☐ 其他_____					
口腔	1. 未治療齲齒： ☐ 無 ☐ 有 2. 已治療： ☐ 無 ☐ 有 3. 恆齒第一大白齒齲齒經驗： ☐ 無 ☐ 有（16 或 26）（36 或 46） 有實施口檢表項目，上列 1-3 項以符號紀錄於口腔檢查表 4. 黏膜狀況： ☐ 正常 ☐ 需轉介 5. ☐ 口腔衛生不良 ☐ 牙結石 ☐ 牙齦炎 ☐ 咬合不正(矯治中) ☐ 其他_____						
總評建議		☐ 無明顯異常 ☐ 有異狀，需接受_____科醫師診治 ☐ 其他建議：_____				承辦檢查醫院簽章	
尿液檢查	尿 糖	肝 炎 肝 功 能	HBsAg	血液八項檢查			
	尿 蛋 白		HBsAb	白血球：	HT：	MCHC：	
	酸 鹼 值		SGOT	紅血球：	MCV：	血小板：	
	尿 潛 血		SGPT	血色素：	MCH：		
血 號		尿 酸	體格缺點及建議：				
		肌 酐 酸					
		總膽固醇					
醫師簽章							
胸部 X 光檢查	檢查日期：	檢查結果：				複查矯治、日期及備註：	
		☐ 無明顯異狀 ☐ 疑似肺結核病徵 ☐ 肺結核鈣化 ☐ 胸廓異常 ☐ 肋膜腔積水 ☐ 脊柱側彎 ☐ 心臟肥大 ☐ 支氣管擴張 ☐ 其他_____					
健康 管理	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：						
備註							