

**桃園縣龍潭鄉龍星國小
學生健康狀況調查暨緊急聯絡表**

班級座號	班級座號	班級座號
1 年 班 號	2 年 班 號	3 年 班 號
4 年 班 號	5 年 班 號	6 年 班 號

學生姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生	年	月	日	身分證 字 號																							
住址								電 話																							
緊急聯絡人	家長 (監護人)	關係		姓名				電 話	公司：	手機：																					
		關係		姓名				電 話	公司：	手機：																					
	親友	關係		姓名				電 話	公司或自宅：	手機：																					
		關係		姓名				電 話	公司或自宅：	手機：																					
		關係		姓名				電 話	公司或自宅：	手機：																					
	<p>一、 <input type="checkbox"/>到目前為止身體狀況一切正常</p> <p>二、 個人疾病史：本人曾患過的疾病</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1.無</td> <td><input type="checkbox"/>8.紅斑性狼瘡</td> <td><input type="checkbox"/>13.腫瘤（癌）：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2.肺結核</td> <td><input type="checkbox"/>9.血友病</td> <td><input type="checkbox"/>14.貧血：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3.心血管疾病</td> <td><input type="checkbox"/>10.蠶豆症</td> <td><input type="checkbox"/>15.重大手術名稱：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>4.肝膽疾病</td> <td><input type="checkbox"/>11.糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/>16.過敏物質：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>5.氣喘</td> <td><input type="checkbox"/>12.心理或精神疾病</td> <td><input type="checkbox"/>17.腦炎及腦炎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>6.腎臟及泌尿系統疾病 _____</td> <td><input type="checkbox"/>18.罕見疾病：_____</td> <td><input type="checkbox"/>19.其他：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>7.癲癇</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>三、 上列疾病中： <input type="checkbox"/>已全癒 <input type="checkbox"/>正接受治療 <input type="checkbox"/>未全癒，但目前不需治療</p> <p>四、 因上述疾病，需特別注意事項：_____</p> <p>五、 最近二個月內是否曾因傷病而就醫： <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，原因</p> <p>六、 因先天性疾病或意外引起的缺陷或殘障：_____</p> <p><input type="checkbox"/>經政府鑑定領有殘障手冊者：（ ）度殘字 第 號</p> <p>七、 家族健康史：上述疾病中，若您的家人曾患或正在治療中，請填上 疾病名稱：_____ 患者與學生關係_____</p>											<input type="checkbox"/> 1.無	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 13.腫瘤（癌）：_____	<input type="checkbox"/> 2.肺結核	<input type="checkbox"/> 9.血友病	<input type="checkbox"/> 14.貧血：_____	<input type="checkbox"/> 3.心血管疾病	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症	<input type="checkbox"/> 15.重大手術名稱：_____	<input type="checkbox"/> 4.肝膽疾病	<input type="checkbox"/> 11.糖尿病	<input type="checkbox"/> 16.過敏物質：_____	<input type="checkbox"/> 5.氣喘	<input type="checkbox"/> 12.心理或精神疾病	<input type="checkbox"/> 17.腦炎及腦炎	<input type="checkbox"/> 6.腎臟及泌尿系統疾病 _____	<input type="checkbox"/> 18.罕見疾病：_____	<input type="checkbox"/> 19.其他：_____	<input type="checkbox"/> 7.癲癇	
<input type="checkbox"/> 1.無	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 13.腫瘤（癌）：_____																													
<input type="checkbox"/> 2.肺結核	<input type="checkbox"/> 9.血友病	<input type="checkbox"/> 14.貧血：_____																													
<input type="checkbox"/> 3.心血管疾病	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症	<input type="checkbox"/> 15.重大手術名稱：_____																													
<input type="checkbox"/> 4.肝膽疾病	<input type="checkbox"/> 11.糖尿病	<input type="checkbox"/> 16.過敏物質：_____																													
<input type="checkbox"/> 5.氣喘	<input type="checkbox"/> 12.心理或精神疾病	<input type="checkbox"/> 17.腦炎及腦炎																													
<input type="checkbox"/> 6.腎臟及泌尿系統疾病 _____	<input type="checkbox"/> 18.罕見疾病：_____	<input type="checkbox"/> 19.其他：_____																													
<input type="checkbox"/> 7.癲癇																															
加入全民 <input type="checkbox"/> 加入 列舉學校附近常去就診健保特約醫院（僅供參考） 健保情形 <input type="checkbox"/> 未加入（1） （2）																															
說明：1.上述資料已據實填寫。 2.當孩子發生緊急傷病如聯絡不到本人時，請聯絡上述親友。 3.如聯絡不到上述親友時，請學校權宜處理。																															

家長簽名：_____年_____月_____日

註：本調查表於開學兩週內彙整完成，請 貴家長支持，共同維護 貴子弟的健康。