

國立臺南第二高級中學 學生健康記錄卡

學生基本資料	入學日期	114年9月	休學	____年____月	復學	____年____月	姓名					學號				
	出生日期	____年____月____日	血型		性別	☐ 男 ☐ 女	身份證字號							原住民身份	☐ 是 ☐ 否	
	戶籍地址	縣 市 區 鄉 鎮 村 里 路 段 巷 弄 號 樓														
	現居地址	☐ 同上 ☐ 如右：										學生本人手機				
	緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	手機	年級/班級									
						高一	班 號									
						高二	班 號									
						高三	班 號									
健康基本資料	個人疾病史：(請務必確實填寫) 一、至目前為止身體狀況一切正常： ☐ 是 ☐ 否 二、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.蠶豆症 ☐ 6.肺結核 ☐ 7.氣喘(☐ 1年內發作 ☐ 1年以上未發作) ☐ 8.____型肝炎 ☐ 9.癲癇 ☐ 10.腦炎 ☐ 11.疝氣 ☐ 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：_____ 三、上述疾病目前是否持續治療中： ☐ 否 ☐ 是 醫療院所名稱：_____藥物名稱與服用方式：_____ ※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。														特殊疾病現況或應注意事項： ☐ 詳如病歷摘要 ☐ 其他：	
	☐ 領有重大傷病卡： ☐ 無 ☐ 有，證明卡類別：_____ ☐ 領有身心障礙手冊： ☐ 無 ☐ 有，證明卡類別：_____等級： ☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度 ※請檢附重大病卡及身心障礙手冊影本															
	家族疾病病史：患有重大遺傳性疾之家屬稱謂_____，疾病名稱：_____															
	經常性檢查及其缺點矯治	生長發育	年級	一		二		三								
			項目	上	下	上	下	上	下							
身高(公分)																
體重(公斤)																
BMI(17~BMI>23)																
評估		☐ 正常 ☐ 過輕 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 正常 ☐ 過輕 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 正常 ☐ 過輕 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 正常 ☐ 過輕 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 正常 ☐ 過輕 ☐ 過重 ☐ 超重	☐ 正常 ☐ 過輕 ☐ 過重 ☐ 超重									
視力檢查及複查		裸眼視力	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左								
		戴鏡視力	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左								
		屈光度數	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左								
		散光度數	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左								
	屈光異常類別	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視									
處置情形	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 隱型眼鏡 ☐ 角膜塑型										
在學期間重大傷病事故																
重要記錄卡於畢業(離校)時發還		1. 當孩子發生緊急傷病聯絡不到父母本人時，將聯絡上列親友。 2. 如上述，若無法聯絡父母及上列親友時，學校可依據緊急醫療救護相關規定與送醫程序權宜辦理。 ※責任醫院為 <u>成大醫院、奇美醫院、新樓醫院</u> 。 3. 就醫之醫療費用及往返車資由就診學生自付。 4. 為顧及學生安全，將主動提供健康狀況於相關任課老師，以作為教學活動及體育競賽安排之參考。 5. 已詳讀上列注意事項並依實填寫各項資料。 家長簽名：_____ (請務必簽中文全名，勿蓋章，勿用鉛筆或擦擦筆)														

學號		班級座號	班號	姓名		檢查日期												
檢查結果 (採勾選方式,「其他」未詳列項目請以中文載明)							醫事人員 簽章											
檢查項目	血壓：____/____mmHg 脈搏：____*/分 腰圍：____公分																	
血壓	☐ 無明顯異常		☐ 異常收縮壓____mmHg ☐ 異常舒張壓____mmHg															
脈搏	☐ 無明顯異常		☐ 異常脈搏____*/分															
胸部X光	☐ 無明顯異常		異常： ☐ 疑似肺結核病徵 ☐ 肺結核鈣化 ☐ 胸廓異常 ☐ 肋膜腔積水 ☐ 脊椎側彎 ☐ 心臟肥大 ☐ 支氣管擴張 ☐ 其他_____															
眼睛	☐ 無明顯異常		☐ 辨色力異常 ☐ 斜視：____ ☐ 睫毛倒插 ☐ 眼球震顫 ☐ 眼瞼下垂 ☐ 其他：____															
耳鼻喉	☐ 無明顯異常		☐ 聽力異常(右、左) ☐ 耳膜破損(右、左) ☐ 耳道畸形(右、左) ☐ 耳前瘻管(右、左) ☐ 唇顎裂 ☐ 構音異常 ☐ 耳垢栓塞(右、左) ☐ 扁桃腺腫大 ☐ 過敏性鼻炎 ☐ 慢性鼻炎 ☐ 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：															
胸腔 (胸腔及外觀)	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢		☐ 心肺疾病： ☐ 心雜音 ☐ 心律不整 ☐ 呼吸聲異常 ☐ 其他心肺疾病： ☐ 胸廓異常 ☐ 其他：															
腹部	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢		☐ 異常腫大 ☐ 其他：															
脊柱四肢	☐ 無明顯異常		☐ 脊柱側彎 ☐ 肢體畸形 (☐ 多併指(趾) ☐ 關節變形 ☐ 其他畸形：____) ☐ 蹲距困難 ☐ 其他：															
泌尿生殖	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢		☐ 隱罩 ☐ 陰囊腫大 ☐ 包皮異常 ☐ 精索靜脈曲張 ☐ 其他： ※僅限男生受檢															
皮膚	☐ 無明顯異常		☐ 癬 ☐ 疣 ☐ 紫斑 ☐ 疥瘡 ☐ 溼疹 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 其他：															
口腔	1. 未治療齲齒： ☐ 無 ☐ 有 2. 已治療齲齒： ☐ 無 ☐ 有 3. 恆牙第一大白齒齲齒經驗： ☐ 無 ☐ 有, (上顎 ☐ 16、 ☐ 26; 下顎 ☐ 36、 ☐ 46) ☐ 4. 恆牙白齒窩溝封填 ☐ 5. 口腔衛生不良 ☐ 6. 牙結石 ☐ 7. 牙齦炎 ☐ 8. 咬合不正 ☐ 9. 口腔黏膜異常 ☐ 10. 牙周病 ☐ 11. 待拔牙 ☐ 12. 贅生牙 ☐ 13. 缺牙 ☐ 14. 阻生牙 15. 其他： C=齲齒 X=缺牙 △=已矯治 /=待拔牙 (因齲齒造成之殘根) φ=阻生牙 Sp.=贅生牙 SF=窩溝封填																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
	上			55	54	53	52	57	61	62	63	64	65	左			上	
	下			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	右			下	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
尿液檢查	初查日期：____月____日			複查日期：____月____日			複查結果追蹤											
	尿蛋白() 尿糖()			尿蛋白() 尿糖()														
	尿潛血() 酸鹼度()			尿潛血() 酸鹼度()														
血液檢查	實驗室檢查項目			初檢報告			判讀			實驗室檢查項目			初檢報告			判讀		
	白血球 WBC (10 ⁹ /uL)						☐ 正常 ☐ 異常			SGPT (U/L)						☐ 正常 ☐ 異常		
	紅血球 RBC (10 ⁶ /uL)						☐ 正常 ☐ 異常			肌酸酐 (mg/dl)						☐ 正常 ☐ 異常		
	血小板 PLT (10 ³ /uL)						☐ 正常 ☐ 異常			尿酸 (mg/dl)						☐ 正常 ☐ 異常		
	血色素 Hb (g/dl)						☐ 正常 ☐ 異常			血尿素氮 (mg/dl)						☐ 正常 ☐ 異常		
	血球容積比 Hct(%)						☐ 正常 ☐ 異常			總膽固醇 (mg/dl)						☐ 正常 ☐ 異常		
	平均血球容積 MCV(fl)						☐ 正常 ☐ 異常			三酸甘油酯 (mg/dl)						☐ 正常 ☐ 異常		
	MCH(pg)						☐ 正常 ☐ 異常			B型肝炎表面抗體						☐ 有反應 ☐ 無反應		
	MCHC(mg/dL)						☐ 正常 ☐ 異常			B型肝炎表面抗原						☐ 有反應 ☐ 無反應		
	SGOT (U/L)						☐ 正常 ☐ 異常											
總評建議	☐ 無明顯異常 ☐ 有異狀, 需接受____科醫師診治 ☐ 其他建議：_____									承辦檢查廠商簽章								
臨時性 檢查	檢查名稱		檢查日期		檢查單位		檢查結果		轉介複查追蹤及備註									
健康管理	學生健康檢查結追蹤矯治情形： ☐ 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：																	
預防接種	疫苗類型/接種日期：____、____、_____																	