

# 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	115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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份證字號						原住民身份	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	戶籍地址	縣 市		市區 鄉鎮	村 里	鄰	路 街	段	巷	弄	號	樓				
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 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									

健康基本資料	<b>個人疾病史：(請務必確實填寫)</b>										特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要 <input type="checkbox"/> 其他：			
	一、至目前為止身體狀況一切正常： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否													
	二、曾經罹患過的疾病													
	<input type="checkbox"/> 1. 心臟病 <input type="checkbox"/> 2. 第__型糖尿病 <input type="checkbox"/> 3. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 4. 血友病 <input type="checkbox"/> 5. 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 6. 肺結核 <input type="checkbox"/> 7. 氣喘( <input type="checkbox"/> 1年內發作 <input type="checkbox"/> 1年以上未發作) <input type="checkbox"/> 8. __型肝炎 <input type="checkbox"/> 9. 癲癇 <input type="checkbox"/> 10. 腦炎 <input type="checkbox"/> 11. 疝氣 <input type="checkbox"/> 12. 過敏物質名稱：_____ <input type="checkbox"/> 13. 重大手術名稱：_____ <input type="checkbox"/> 14. 罕見疾病：_____ <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 <input type="checkbox"/> 16. 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 17. 關節炎 <input type="checkbox"/> 18. 心理或精神疾病：_____ <input type="checkbox"/> 19. 癌症：_____ <input type="checkbox"/> 99. 其他：_____													
	三、上述疾病目前是否持續治療中： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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。

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

**親愛的家長：**

- 本校為了了解貴子弟的健康情形，及在校發生緊急傷病求診時，需連絡家長或親屬，請您務必詳填上述資料，使學生在校能得到妥善的照護。
- 如上述，若無法聯絡父母及上列親友時，學校將依據緊急醫療救護相關規定與送醫程序權宜辦理。  
※責任醫院為成大醫院、奇美醫院、新樓醫院。
- 為顧及學生安全，將主動提供個人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。

★★★★★家長簽名：\_\_\_\_\_ (請務必簽中文全名，勿蓋章，勿用鉛筆或擦擦筆)

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	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	
	視力檢查及 屈光異常類別	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
處置情形	屈光異常類別	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	
	長效散瞳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	短效散瞳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	隱型眼鏡 角膜塑型	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

在學期間 重大傷病事故		重要記錄卡於畢業(離校)時發還
----------------	--	-----------------

學號		班級座號	班 號	姓名		檢查日期										
<p style="text-align: center;"><b>檢查結果</b> (採勾選方式,「其他」未詳列項目請以中文載明)</p>							醫事人員 簽章									
檢查項目	血壓：___/___mmHg 脈搏：___*/分 腰圍：___公分															
血壓	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 異常收縮壓___mmHg		<input type="checkbox"/> 異常舒張壓___mmHg											
脈搏	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 異常脈搏___*/分													
胸部 X 光	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		異常： <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊椎側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 其他：_____													
眼睛	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視：___ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他：___													
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 聽力異常(右、左) <input type="checkbox"/> 耳膜破損(右、左) <input type="checkbox"/> 耳道畸形(右、左) <input type="checkbox"/> 耳前瘻管(右、左) <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 耳垢栓塞(右、左) <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其他：_____													
頭頸	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊： <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他：_____													
胸腔 (胸腔及外觀)	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 心肺疾病： <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其他心肺疾病： <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他：_____													
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他：_____													
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 ( <input type="checkbox"/> 多併指(趾) <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 其他畸形：_____) <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他：_____													
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 隱睪 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他：_____				<b>※僅限男生受檢</b>									
皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其他：_____													
口腔	1. 未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                      2. 已治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 3. 恆牙第一大白齒齲齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, (上顎 <input type="checkbox"/> 16、 <input type="checkbox"/> 26; 下顎 <input type="checkbox"/> 36、 <input type="checkbox"/> 46) <input type="checkbox"/> 4. 恆牙白齒窩溝封填 <input type="checkbox"/> 5. 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 6. 牙結石 <input type="checkbox"/> 7. 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 8. 咬合不正 <input type="checkbox"/> 9. 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 10. 牙周病 <input type="checkbox"/> 11. 待拔牙 <input type="checkbox"/> 12. 贅生牙 <input type="checkbox"/> 13. 缺牙 <input type="checkbox"/> 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	上		
	右													左		
	下			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	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 <sup>9</sup> /uL)				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		SGPT (U/L)				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常					
	紅血球 RBC (10 <sup>6</sup> /uL)				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		肌酸酐 (mg/dl)				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常					
	血小板 PLT (10 <sup>3</sup> /uL)				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		尿酸 (mg/dl)				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常					
	血色素 Hb (g/dl)				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		血尿素氮 (mg/dl)				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常					
	血球容積比 Hct(%)				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		總膽固醇 (mg/dl)				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常					
	平均血球容積 MCV(f1)				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		三酸甘油酯 (mg/dl)				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常					
	MCH(pg)				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		B 型肝炎表面抗體				<input type="checkbox"/> 有反應 <input type="checkbox"/> 無反應					
	MCHC(mg/dL)				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		B 型肝炎表面抗原				<input type="checkbox"/> 有反應 <input type="checkbox"/> 無反應					
SGOT (U/L)				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常												
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀, 需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 1. 已完成複查與矯治, 科別：_____ <input type="checkbox"/> 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：_____、_____、_____															