

國立臺南高商學生基本資料暨健康狀況調查表

(本頁由學生或家長填寫)

姓名	身份證字號				血型	照片黏貼處 (請於照片背後填寫班級、座號、姓名)	
學號	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月		日
科別座號	科		年	班	號		
地址	學生本人手機						
請務必填妥以下緊急聯絡人資料(可隨時聯絡到的親友)							
緊急聯絡人	家長或親友	姓名	關係	手機聯絡號碼	其他聯絡電話		
健康基本資料	一、個人疾病史：過去或現在是否患有特殊疾病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(勾「有」請續勾選項二、三)						
	二、過去或現在患有下列疾病者，請勾選。						
	<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"/> 8. 肝炎(A、B、C、D、E) <input type="checkbox"/> 9. 癲癇 <input type="checkbox"/> 10. 腦炎 <input type="checkbox"/> 11. 疝氣，部位：__(左右)(<input type="checkbox"/> 已手術治療 <input type="checkbox"/> 未手術治療) <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(請續填寫醫療院所名稱與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： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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。 四、在校期間需注意之特殊狀況或應注意事項，請簡述說明：_____							
領有證明	一、領有重大傷病證明卡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請檢附重大傷病證明卡或身心障礙手冊影本)						
	1. 證明卡類別：_____ 2. 證明卡類別：_____ 3. 證明卡類別：_____						
	二、領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請填寫身障類別及等級) 1. 身心障礙類別：_____；等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 2. 身心障礙類別：_____；等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度						
家族病史	家族疾病史(主要填寫直系血親及兄弟姊妹即可)： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	1. 患有遺傳性疾病之家屬稱謂：_____疾病名稱：_____ 2. 患有遺傳性疾病之家屬稱謂：_____疾病名稱：_____						
說明：1. 當發生緊急傷病時，如聯絡不到上述親友，由校方權宜處理，並依緊急傷病相關規定，將緊急傷病患送達就近適當醫療機構。 2. 依據護理人員及學校衛生法，本校對於學生健康資料負有保密義務，若有特殊狀況，須知會相關人員，提供適切照護，以維護學生在校之活動，請勾選是否同意提供其健康資料，無論是否同意均須擇一勾選，並完成家長簽名。 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意。							
家長親筆簽名(務必簽中文全名勿蓋章)：_____ 中華民國 年 月 日 未滿18歲之學生由家長簽名，已滿18歲之學生可由本人簽名。							

重要紀錄卡，本校會妥善保存，並於畢業(離校)時發還。

條碼黏貼處

健康檢查記錄表 (本頁由健檢單位填寫)

學 年		114				115				116				
學 期		一 上		一 下		二 上		二 下		三 上		三 下		
常 規 檢 查	身 高	公分		公分		公分		公分		公分		公分		
	體 重	公斤		公斤		公斤		公斤		公斤		公斤		
	視 力	裸 視	右:	左:	右:	左:	右:	左:	右:	左:	右:	左:	右:	左:
		矯 正	右:	左:	右:	左:	右:	左:	右:	左:	右:	左:	右:	左:
備 註	<input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型		<input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型		<input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型		<input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型		<input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型		<input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型			
腰圍_____公分 血壓_____ / _____ mmHg、_____ / _____ mmHg 脈 搏_____次/分鐘、_____次/分鐘														醫事人員簽章
胸 部 X 光	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核 <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"/> 脊柱側彎 <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(左、右) <input type="checkbox"/> 耳膜破損(左、右) <input type="checkbox"/> 耳道畸形(左、右) <input type="checkbox"/> 耳前瘻管(左、右) <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音困難 <input type="checkbox"/> 耳垢栓塞(左、右) <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"/> 其他異常腫塊) <input type="checkbox"/> 其他_____											
胸 腔 (胸腔及外觀)	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢		<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他_____ <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_____)											
腹 部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢		<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"/> 其他肢體畸形_____) <input type="checkbox"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 其他_____											
泌 尿 生 殖 (僅限男生受檢)	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢		<input type="checkbox"/> 隱辜 <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_____											
皮 膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常		<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其他_____											
口 腔	未治療齲齒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 已治療齲齒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 恆齒第一大臼齒齲齒經驗: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 上顎 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 26; 上顎 <input type="checkbox"/> 36 或 <input type="checkbox"/> 46) 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 乳牙待拔牙 <input type="checkbox"/> 待拔牙 <input type="checkbox"/> 贅生牙 <input type="checkbox"/> 缺牙 <input type="checkbox"/> 阻生牙 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他_____													

此為檢驗報告及醫師總評黏貼處

醫院蓋章處

X光:

抽血:

尿液: