

# 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<br>片<br>黏<br>貼<br>處<br><br>(請於照片背後填寫<br>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<br>急<br>聯<br>絡<br>人      | 家<br>長<br>或<br>親<br>友                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 姓 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  | 關 係 |  |  |         |                                                       |      | 手機聯絡號碼 |  |  |       |  |     | 其他聯絡電話 |                                                     |                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |     |  |  |         |                                                       |      |        |  |  |       |  |     |        |                                                     | 學籍狀況(由學校填):<br><input type="checkbox"/> 休學: __年__月<br><input type="checkbox"/> 復學: __年__月<br><input type="checkbox"/> 轉入: __年__月<br><input type="checkbox"/> 除籍: __年__月 |  |  |  |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |     |  |  |         |                                                       |      |        |  |  |       |  |     |        |                                                     |                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |     |  |  |         |                                                       |      |        |  |  |       |  |     |        |                                                     |                                                                                                                                                                         |  |  |  |
| 健<br>康<br>基<br>本<br>資<br>料 | <p>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)</p> <p>二、過去或現在患有下列疾病者，請勾選。</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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：__</p> <p><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</p> <p><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：__</p> <p>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)</p> <p>醫療院所名稱：__</p> <p>治療藥物名稱與服用方式：<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是__</p> <p>※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。</p> <p>四、在校期間需注意之特殊狀況或應注意事項，請簡述說明：__</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |     |  |  |         |                                                       |      |        |  |  |       |  |     |        |                                                     |                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|                            | 領<br>有<br>證<br>明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>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)</p> <p>1. 證明卡類別：__ 2. 證明卡類別：__ 3. 證明卡類別：__</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>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</p> |                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |     |  |  |         |                                                       |      |        |  |  |       |  |     |        |                                                     |                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 家<br>族<br>病<br>史                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>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</p> <p>1. 患有遺傳性疾病之家屬稱謂：__疾病名稱：__</p> <p>2. 患有遺傳性疾病之家屬稱謂：__疾病名稱：__</p>                                                                                       |  |  |  |  |     |  |  |         |                                                       |      |        |  |  |       |  |     |        |                                                     |                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>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。</p> <p>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。</p> |  |  |  |  |     |  |  |         |                                                       |      |        |  |  |       |  |     |        |                                                     |                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|                            | <p>家長親筆簽名(務必簽中文全名勿蓋章)：__中華民國__年__月__日</p> <p>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。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |     |  |  |         |                                                       |      |        |  |  |       |  |     |        |                                                     |                                                                                                                                                                         |  |  |  |

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                                                              |     |     | 115                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    | 116                                                            |    |                                                                |    | 117                                                            |    |                                                                |    |        |  |
| 學 期                                                              |     |     | 一 上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 一 下                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    | 二 上                                                            |    | 二 下                                                            |    | 三 上                                                            |    | 三 下                                                            |    |        |  |
| 常<br>規<br>檢<br>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<br><input type="checkbox"/> 角膜塑型                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    | <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡<br><input type="checkbox"/> 角膜塑型                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡<br><input type="checkbox"/> 角膜塑型 |    | <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡<br><input type="checkbox"/> 角膜塑型 |    | <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡<br><input type="checkbox"/> 角膜塑型 |    | <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡<br><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)<br><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<br>(胸腔及外觀)                                                   |     |     | <input type="checkbox"/> 無明顯異常<br><input type="checkbox"/> 不同意受檢                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他_____<br><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<br><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_____)<br><input type="checkbox"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                                                                                                      |    |                                                                |    |                                                                |    |                                                                |    |                                                                |    |        |  |
| 泌 尿 生 殖<br>(僅限男生受檢)                                              |     |     | <input type="checkbox"/> 無明顯異常<br><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<br>恆齒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; 上顎 <input type="checkbox"/> 36 或 <input type="checkbox"/> 46)<br>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: