四維學校財團法人花蓮縣四維高中學生健康狀況調查表

班級：_____　　座號：_____　　學號：_____　　姓名：_____

住址：　縣　市區　村　鄰　路　段　巷　弄　號　樓之
　　市　鄉鎮　里　街

入學日期	年　月	性別		出生日期	年　月　日	身分證字　號		血型	
緊急連絡人	家長（監護人）	關係		姓名		電話	住宅： 公司：	手機：	
		關係		姓名		電話	住宅： 公司：	手機：	
	附近親友	關係		姓名		電話	住宅： 公司：	手機：	
		關係		姓名		電話	住宅： 公司：	手機：	

一、個人疾病史(請略加說明)：

□1.無　□7.癲癇　□13.心理或精神疾病：_____
□2.結核病　□8.紅斑性狼瘡　□14.癌症：_____
□3.心臟病：_____　□9.血友病　□15.貧血：_____
□4.肝炎：_____型　□10.蠶豆症　□16.重大手術名稱：_____
□5.氣喘　□11.關節炎　□17.過敏物質名稱：_____
□6.腎臟病：_____　□12.糖尿病：第____型　□18.其他：_____

二、上列疾病：□已痊癒　□正接受治療情形 _____
　　□未痊癒，但目前不需治療

三、因上述疾病，需特別注意事項：_____

四、最近兩個月內是否曾因傷病而就醫：□否　□是，原因_____

五、是否領有重大傷病證明卡：□無　□有，類別_____

六、是否領有身心障礙手冊：□無　□有，類別_____，等級：□極重度　□重度
　　□中度　□輕度

七、是否參加全民健保：□是　□否

※家族疾病史：

患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____

1. 家長聯絡電話除手機外，如有市內電話務必填寫，以便緊急事故之聯繫。
2. 如孩子在校發生緊急傷病無法聯絡到家長，學校得為必要之緊急處理，並就近送往花蓮慈濟醫院診療，如有必要再行轉診。
3. 學生健康狀況或家長聯絡方式如有變動，請隨時通知校方。

家長簽名：_____　　民國_____年____月____日