

花蓮縣私立四維高中 109 年度 學生健康檢查紀錄卡

學生基本資料	入學日期	年 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	身分證字號											原住民身份	☐ 是 ☐ 否						
	戶籍地址	縣市區鄉鎮		村里	鄰	路	段	巷	弄	號	樓	室					科別								
	現居地址	☐ 同上 ☐ 如右：																年級 班別 座號							
	緊急聯絡人	附家近長親友護及人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話				一年 班 號				二年 班 號				三年 班 號				四年 班 號		
健康基本資料	個人疾病史 1. ☐ 至目前為止身體狀況一切正常 2. 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 ☐ 8.肝炎(A、B、C、D、E) ☐ 9.癲癇 ☐ 10.腦炎 ☐ 11.疝氣_左_右(☐ 已手術治療 ☐ 未手術治療) ☐ 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： ☐ 20.其他： ☐ 3. 上述疾病是否持續治療中 ☐ 否 ☐ 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： ☐ 否 ☐ 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。																		特殊疾病現況或應注意事項 ☐ 詳如病歷摘要						
	☐ 領有重大傷病證明卡，類別參加保險，類別 ☐ 全民健保 ☐ 學生團體保險 ☐ 其他 ☐ 領有身心障礙手冊，類別等級： ☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度 ※請檢附並影印重大傷病卡及身心障礙手冊																								
	家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂____，疾病名稱____。																								
經常性檢查及其缺點矯治	生長發育	年級項目	一		二		三																		
			上	下	上	下	上	下																	
		身高(公分)																							
		體重(公斤)																							
		腰圍(公分)																							
	視力檢查及複查	裸眼視力	左																						
			右																						
		戴鏡視力	左																						
			右																						
		屈光度數	左 右	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左																	
		散光度數	左 右	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																
		處置情形	☐ 長期散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑型 ☐ 其他		☐ 長期散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑型 ☐ 其他		☐ 長期散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑型 ☐ 其他		☐ 長期散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑型 ☐ 其他																
在學期間重大傷病事故																									
		1. 當孩子發生緊急傷病連絡不到父母本人時，請聯絡上列親友。 2. 續上述，若無法聯絡到父母及上列親友時，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：_____醫院及_____醫院 3. 如發生上述狀況本人希望送往醫院 ☐ _____醫院 ☐ _____醫院 請務必擇一填寫(切勿複選) 4. 往返車資由家長自行負擔 5. 本人已詳讀上列注意事項並依實填寫各項資料 6. 家長簽名：_____ (請務必簽中文全名、勿蓋章)																							

學號		班級座號		姓名		檢查日期		
檢查項目	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	
	血壓: _____ mmHg 脈搏: _____ 次/分							
血壓	☐ 無明顯異常	☐ 異常收縮壓: _____ mmHg 舒張壓: _____ mmHg						
脈搏	☐ 無明顯異常	☐ 異常脈搏: _____ 次/分						
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) ☐ 耳膜破裂(右、左) ☐ 耳道畸形(右、左) ☐ 耳前瘻管(右、左)						
頭頸	☐ 無明顯異常	☐ 斜頸 ☐ 異常腫塊(☐ 甲狀腺腫 ☐ 淋巴腺腫大 ☐ 其他異常腫塊) ☐ 其他: _____						
胸部 (胸腔及外觀)	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢	☐ 胸廓異常 ☐ 其他: _____ ☐ 心肺疾病(☐ 心雜音 ☐ 心律不整 ☐ 呼吸聲異常 ☐ 其他心肺疾病: _____)						
腹部	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢	☐ 腹部異常腫大 ☐ 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 ☐ 其他肢體畸 ☐ 蹲踞困難 ☐ 其他 _____						
泌尿生殖 (男性)	☐ 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: _____						
皮膚	☐ 無明顯異常	☐ 癬 ☐ 疣 ☐ 紫斑 ☐ 疥瘡 ☐ 濕疹 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 其他: _____						
口腔	1. 未治療齲齒: ☐ 無 ☐ 有 已治療齲齒: ☐ 無 ☐ 有 2. 恆牙第一大白齒齲齒經驗: ☐ 無 ☐ 有: 上顎 ☐ 16 ☐ 26 下顎: ☐ 36 ☐ 46 ☐ 口腔衛生不良 ☐ 牙結石 ☐ 牙齦炎 ☐ 牙周病 ☐ 乳牙待拔牙 ☐ 待拔牙 ☐ 贅生牙 ☐ 缺牙 ☐ 阻生牙 ☐ 咬合不正 ☐ 其他: _____							
尿液檢查	初查日期: ____年____月____日		複查日期: ____年____月____日		複查結果追蹤			
	尿 糖(____) 尿蛋白(____) 酸鹼度(____) 尿潛血(____)		尿 糖(____) 尿蛋白(____) 酸鹼度(____) 尿潛血(____)					
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($10^3/\mu\text{L}$)			☐ 正常 ☐ 異常	肌酸酐(mg/dl)			☐ 正常 ☐ 異常
	紅血球($10^6/\mu\text{L}$)			☐ 正常 ☐ 異常	尿酸(mg/dl)			☐ 正常 ☐ 異常
	血色素(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
	平均紅血球血色素(MCH)			☐ 正常 ☐ 異常	飯前(後)血糖(mg/dl)			☐ 正常 ☐ 異常
	平均紅血球濃度(MCHC)			☐ 正常 ☐ 異常	B 型表面抗原			☐ 有反應 ☐ 無反應
	血小板($10^3/\mu\text{L}$)			☐ 正常 ☐ 異常	B 型表面抗體			☐ 有反應 ☐ 無反應
	SGOT(U/L)			☐ 正常 ☐ 異常				
	SGPT(U/L)			☐ 正常 ☐ 異常				
胸部 X 光	編號:							
總評建議							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	學生健康檢查結果追蹤矯治情形: ☐ 1. 已完成複查與矯治, 科別: _____ ☐ 2. 須持續追蹤矯治項目: _____ 個案管理摘要記載:							
預防接種	流感疫苗接種日期: ____年____月____日、____年____月____日、____年____月____日							