

1-國民小學學生健康紀錄卡

國民小學名稱 _____ 學生健康檢查記錄卡 學 號 _____

學生基本資料	入學日期	年 月 日	轉入日期	年 月 日	姓 名										
	出生日期	年 月 日	血 型		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號								
	戶籍地址	縣 市區 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓之室 市 鄉鎮 里 街										一 年	班 座號		
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：										二 年	班 座號		
	人 友 監 緊 護 人 及 急 緊 護 人 及 聯 護 人 及 絡 護 人 及 近 親	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	三 年	班 座號							
							四 年	班 座號							
						五 年	班 座號								
						六 年	班 座號								

健康基本資料	個人疾病史： 本人曾患過的疾病	<input type="checkbox"/> 1. 無	<input type="checkbox"/> 7. 癲癇	<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病： _____	特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要
	<input type="checkbox"/> 2. 肺結核	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 14. 癌症： _____		
	<input type="checkbox"/> 3. 心臟病	<input type="checkbox"/> 9. 血友病	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血： _____		
	<input type="checkbox"/> 4. 肝炎	<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱： _____		
	<input type="checkbox"/> 5. 氣喘	<input type="checkbox"/> 11. 關節炎	<input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱： _____		
	<input type="checkbox"/> 6. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 12. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 18. 其他： _____		
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別 _____ 參加保險，類別 <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 學生團體保險 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別 _____ 等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度				
	若有上述特殊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），做為照護參考。				
	家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 _____，疾病名稱 _____				

經常性檢查及缺點矯治	生長發育	年級項目	一		二		三		四		五		六	
			上	下	上	下	上	下	上	下	上	下	上	下
		身高(公分)												
		體重(公斤)												
	視力檢查及其複查結果	裸視	右											
		左												
		矯正	右											
		左												
		近視												
		遠視												
	散光													
	弱視													
	其他													

在學期間重大傷病事故	新生立體感檢查結果 <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀
------------	--

預防接種	疫苗種類	破傷風減量白喉混合疫苗	小兒麻痺口服疫苗	麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗	日本腦炎疫苗	1. 無卡介苗疤痕，結核菌素測驗() 於 年 月 日補接種卡介苗。 同住家屬 X光檢查結果：() (1)正常 (2)無空洞 (3)空洞 2. 國小新生需全面接種一劑左列四項疫苗(或視同補種第一劑)，另同時填列全面接種或補種之接種日期於表格內。
	接種劑次日期					
	全面接種(或補種第一劑)					
	補種第二劑					
	補種第三劑					
	補種第四劑					

實驗室檢查	寄生蟲 蟻蟲檢查	一年級初查日：結果：- <input type="checkbox"/> 已服藥完成	複查日：結果：-	四年級初查日：結果：- <input type="checkbox"/> 已服藥完成	複查日：結果：-
	尿液檢查結果	一年級初查日：尿 蛋 白 潛 血 (-) (-) 酸鹼度 () 尿 糖 (-)	複查日：尿蛋白 (-) 潛 血 (-) 尿 糖 (-) 酸鹼度 ()	四年級初查日：尿蛋白 (-) 潛 血 (-) 尿 糖 (-) 酸 鹼 度 ()	複查日：尿 蛋 白 潛 血 (-) (-) 酸 鹼 度 () 尿 糖 (-)
	追蹤情形				

班別	一年 班 座號 姓名：	醫事人員	四年 班 座號 姓名：	醫事人員																												
姓名		簽章		簽章																												
檢查項目	年 月 日 檢查結果		年 月 日 檢查結果																													
眼	<input type="checkbox"/> 無異狀 <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"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 <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"/> 其它_____																													
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無異狀 聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耳道畸型 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耳道畸型 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____																													
頭頸	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____																													
胸部	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其它_____																													
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 多併指 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 多併指 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 其它_____																													
腹部	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____																													
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無異狀 <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"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 <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"/> 其它_____																													
皮膚	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疔 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疔 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其它_____																													
口腔	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 其它_____																													
牙齒位置圖及檢查代碼：C-齶齒 X-缺牙 -已矯治 /-待拔牙 φ-阻生牙 Sp.-贅生牙			牙齒位置圖及檢查代碼：C-齶齒 X-缺牙 -已矯治 /-待拔牙 φ-阻生牙 Sp.-贅生牙																													
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
上		55	54	53	52	51	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	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
總評建議	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 _____ 科醫師診治 其他建議：											檢查醫院					<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 _____ 科醫師診治 其他建議：											檢查醫院				

臨時性檢查	名稱	日期	結果	檢查單位	複查追蹤	名稱	日期	結果	檢查單位	複查追蹤
	頭蝨檢查									

健康管理綜合紀錄	學生健康檢查結果追蹤矯治情形 <input type="checkbox"/> 1. 已完成複查與矯治，科別：_____	學生健康檢查結果追蹤矯治情形 <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：_____	<input type="checkbox"/> 2. 需持續追蹤矯治項目：_____
個案管理摘要記載+		

2-國民中學學生健康紀錄卡

國民中學名稱 _____ 學生健康檢查記錄卡

						學號					
學生基本資料	入學日期	年 月 日	休學	年 月	復學	年 月	姓名				
	出生日期	年 月 日	血型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號				
	戶籍地址	縣 市區 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 室	鄉鎮 里 街								
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：									
	家長監護人及附近親友緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	七年 班 號	八年 班 號	九年 班 號		

健康基本資料	個人疾病史： 本人曾患過的疾病	<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____	特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要
	<input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 7. 癲癇	<input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____	
	<input type="checkbox"/> 2. 肺結核 <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血：_____	
	<input type="checkbox"/> 3. 心臟病 <input type="checkbox"/> 9. 血友病	<input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____	
<input type="checkbox"/> 4. 肝炎 <input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____		
<input type="checkbox"/> 5. 氣喘 <input type="checkbox"/> 11. 關節炎	<input type="checkbox"/> 18. 其他：_____		
<input type="checkbox"/> 6. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 12. 糖尿病			

<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別_____參加保險，類別 <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 學生團體保險 <input type="checkbox"/> 其他_____			
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別_____等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度			
若有上述特殊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），做為照護參考。			
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	生	年級	七	七	八	八	九	九
	長	項目	上	下	上	下	上	下
	發	身高 (公分)						
	育	體重 (公斤)						
	查及其	評值						

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
總評建議	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 其他建議：													承辦檢查醫院		
尿液 檢查	初查日期： 年 月 日					複查日期： 年 月 日					複查結果追蹤					
	尿蛋白（-） 尿 糖（-） 潛 血（-） 酸鹼度（ ）					尿蛋白（-） 尿 糖（-） 潛 血（-） 酸鹼度（ ）										
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 綜合 紀錄	學生健康檢查結果追蹤矯治情形 <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：															