

【表格二】

臺中市烏日區僑仁國民小學 112 學年度新生健康狀況調查暨緊急事件聯絡表

班級：一年\_\_\_\_\_班 座號：\_\_\_\_\_ 學生姓名：\_\_\_\_\_ 血型：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_里\_\_\_\_\_鄰\_\_\_\_\_路街\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號

壹、家庭背景資料

壹、家庭背景資料		
父親姓名：_____	出生年次：民國_____年	教育程度：_____
職業：_____	服務單位：_____	職稱：_____
電話(宅)：_____	電話(公)：_____	手機：_____
學生與父親關係： <input type="checkbox"/> 親生 <input type="checkbox"/> 非親生		
母親姓名：_____	出生年次：民國_____年	教育程度：_____
職業：_____	服務單位：_____	職稱：_____
電話(宅)：_____	電話(公)：_____	手機：_____
學生與母親關係： <input type="checkbox"/> 親生 <input type="checkbox"/> 非親生		

貳、健康狀況

一、 <input type="checkbox"/> 到目前為止身體狀況一切正常		
二、個人疾病史：本人曾患過的疾病		
<input type="checkbox"/> 1. 無	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 13. 腫瘤(癌)：_____
<input type="checkbox"/> 2. 肺結核	<input type="checkbox"/> 9. 血友病	<input type="checkbox"/> 14. 貧血：_____
<input type="checkbox"/> 3. 心血管疾病	<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 15. 重大手術名稱：_____
<input type="checkbox"/> 4. 肝膽疾病	<input type="checkbox"/> 11. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 16. 過敏物質名稱：_____
<input type="checkbox"/> 5. 氣喘	<input type="checkbox"/> 12. 心理或精神疾病：_____	<input type="checkbox"/> 17. 腦炎及腦膜炎
<input type="checkbox"/> 6. 腎臟及泌尿系統疾病		<input type="checkbox"/> 18. 罕見疾病：_____
<input type="checkbox"/> 7. 癲癇症		<input type="checkbox"/> 19. 其他：_____
三、上列疾病中： <input type="checkbox"/> 已痊癒 <input type="checkbox"/> 正接受治療		
<input type="checkbox"/> 未痊癒，但目前不需治療		
四、因上述疾病，需特別注意事項：_____		
五、最近二個月內是否曾因傷病而就醫： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，原因_____		
六、因先天性疾病或意外引起的缺陷或殘障：_____		
<input type="checkbox"/> 經政府鑑定領有殘障手冊者：( )度殘字第_____號		
七、家族健康史：上述疾病中，若您的家人曾患或正在治療中，請填上		
疾病名稱：_____，患者與學生關係：_____		

是否加入全民健保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	列舉學校附近常去就診健保特約醫院診所名稱(僅供參考) (1) _____ (2) _____
----------	--	--

說明：1. 上述資料已據實填寫。  
2. 如聯絡不到本人及上述親友時，請學校權宜處理。

家長簽名：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日