

# 臺南中西區忠義國民小學學生緊急事件聯絡表

一年班號		三年班號		五年班號	
二年班號		四年班號		六年班號	
學生姓名		生日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份證 字 號
通訊處	縣市 段 巷	鄉鎮市區 弄	村里 號 之	鄰 樓 之	路街
緊急聯絡人	關係	姓名	聯絡電話		
			公	宅	行動電話
	父				
	母				
	親友				
個人疾病史	<input type="checkbox"/> 到目前為止身體狀況一切正常 <input type="checkbox"/> 曾患過下列疾病嗎？ <input type="checkbox"/> 01. 心臟病 <input type="checkbox"/> 06. 肺結核 <input type="checkbox"/> 11. 疝氣 <input type="checkbox"/> 17. 關節炎 <input type="checkbox"/> 02. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 07. 氣喘 <input type="checkbox"/> 12. 過敏體質 <input type="checkbox"/> 18. 心理問題 <input type="checkbox"/> 03. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 08. 肝炎 <input type="checkbox"/> 13. 重大手術 <input type="checkbox"/> 19. 癌症 <input type="checkbox"/> 04. 血友病 <input type="checkbox"/> 09. 癲癇 <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 <input type="checkbox"/> 20. 其他： <input type="checkbox"/> 05. 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 10. 腦炎 <input type="checkbox"/> 16. 紅斑性狼瘡 _____				
	<input type="checkbox"/> 經常服用藥物 <input type="checkbox"/> 無		已列疾病中（填入代號） <input type="checkbox"/> 已痊癒：_____		
	<input type="checkbox"/> 曾經過敏藥物 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 正接受治療：_____		
	<input type="checkbox"/> 容易過敏物質 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 未痊癒，但目前不需治療：_____		
備註：1、以上資料已據實填寫。      ※是否加入健保 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2、當孩子發生緊急傷病如聯絡不到本人時，請聯絡上列親友。 3、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) _____ 4、如聯絡不到本人及上列親友時，請學校權宜處理。					

家長簽名： \_\_\_\_\_ 年 月 日 填

◎註：本聯絡表請交給各班導師，再彙整至健康中心