

臺南市山上區山上國中學生健康狀況調查暨緊急事件聯絡表

班級： 七 年 1 班 座號： 姓名：

姓名		出生日期	年 月 日	身分證字號	
住址	臺南市 區 里				
緊急聯絡人	※ 緊急聯絡人請填寫父母及住在學校附近或容易聯絡的親友(請詳填 3 位以上)				
	稱謂	姓 名	住 家 電 話	行 動 電 話	公 司 電 話
	父				
	母				
<p>一、個人疾病史：(曾患過的疾病，請在該項的<input type="checkbox"/>內做『✓』記號)</p> <p> <input type="checkbox"/>1. 無 <input type="checkbox"/>6. 腎臟病 <input type="checkbox"/>11. 關節炎 <input type="checkbox"/>15. 癌症：_____ </p> <p> <input type="checkbox"/>2. 肺結核 <input type="checkbox"/>7. 癲癇 <input type="checkbox"/>12. 糖尿病 <input type="checkbox"/>16. 心理或精神疾病：_____ </p> <p> <input type="checkbox"/>3. 心臟病 <input type="checkbox"/>8. 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/>13. 川崎症 <input type="checkbox"/>17. 重大手術名稱：_____ </p> <p> <input type="checkbox"/>4. 肝炎 <input type="checkbox"/>9. 血友病 <input type="checkbox"/>14. 海洋性貧血 <input type="checkbox"/>18. 過敏物質名稱：_____ </p> <p> <input type="checkbox"/>5. 氣喘 <input type="checkbox"/>10. 蠶豆症 <input type="checkbox"/>19. 其他：_____ </p> <p>二、上列疾病中： <input type="checkbox"/>已痊癒 <input type="checkbox"/>未痊癒，但目前不需治療</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>正接受治療_____</p> <p>三、若有上述疾病尚未痊癒或仍在治療中，需特別注意事項： _____</p> <p style="padding-left: 40px;">或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。</p> <p>四、經常服用藥物： <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有_____；曾經過敏藥物： <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有：_____</p> <p>五、因先天性疾病或意外引起的缺陷或殘障： _____</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>經政府鑑定領有殘障手冊者：()度殘字 第 號</p>					
<p>※ 貴子地在校期間遇緊急重大危急事故，需立即送醫時：</p> <p><input type="checkbox"/>1. 同意學校爭取時效就近外送醫院治療</p> <p><input type="checkbox"/>2. 或家屬希望送往之醫療院所 (1) _____ (2) _____</p>					
<p>說明：1. 當孩子發生非緊急重大傷病需送醫時，學校會聯絡家屬到校親自送醫。</p> <p>2. 當孩子發生緊急重大傷病需立即送醫時，與家屬聯繫後，由學校權宜送醫處理。</p> <p>3. 上述資料請家長據實詳細填寫；此資料視為保密資料，不對外公開。</p> <p>4. 若學童有特殊疾病史，家長可與健康中心護理師聯絡，以提供適當健康照護(電話:7021578 轉 20)。</p> <p>5. 依個資法對於個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：請貴家長同意提供本表所列之學生個人資料，做為學校緊急傷病處理及建檔等相關業務使用；個人資料使用期間，由入學至畢業(或轉學)離校。</p>					
七年級		八年級		九年級	
家長簽名		家長簽名		家長簽名	