

臺南市永康區三村國民小學學生緊急事件聯絡暨特殊疾病調查表

親愛的家長：

您好，為確實了解貴子弟健康狀況，以期貴子弟能在本校健康快樂的就學及成長，並於發生意外事件時能及時處置及照顧，請您務必詳細填寫下列資料。謝謝您的合作！

三村國小學務處 健康中心 敬啟

一、學生基本資料及緊急事件聯絡人

學生姓名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 班 座號：			
緊急事件聯絡人順位記錄表（資料請詳細填寫，以便做迅速、正確的聯繫。謝謝！）						
第一順位	姓名		關係稱謂	電話	家：	公：
	監護人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		手機		
第二順位	姓名		關係稱謂	電話	家：	公：
	監護人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		手機		
第三順位	姓名		關係稱謂	電話	家：	公：
	監護人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		手機		

二、學生個人特殊疾病相關事宜及緊急送醫地點

(一) 必選 學生個人特殊疾病：

- 1、糖尿病 2、腎臟病 3、心臟病（病名：_____）
 4、血友病 5、蠶豆症 6、結核病 7、風濕熱 8、癲癇症 9、氣喘
 10、腦炎 11、疝氣 12、過敏（過敏物：_____）
 13、曾重大手術（手術名稱 _____） 14、其他疾病 _____
 15、目前為止身體狀況一切正常

(二) 上述疾病： 1、已痊癒 2、正接受治療中（項目：_____） 3、未痊癒但不需治療

(三) 因上述疾病，需特別注意事項（如用藥、特殊協助等）：_____

(四) 因先天性疾病或意外引起的缺陷或殘障：_____

(五) 必選 是否指定緊急送醫地點：

- 1、指定永康奇美醫院 2、指定成大醫院
 3、指定其他醫院或診所（醫院或診所名稱：_____ 醫院或診所電話：_____）
 4、不指定

家長簽名：

年 月 日