

同安國小學生緊急事件聯絡表

姓名		出生日期	年 月 日	身分證 字 號						班 級	年 班	座 號
住址	縣 市 村 里 路 街 段 巷 弄 號 之 樓 室											
緊急聯絡人	關係	姓名	電話	公	宅	行動電話						
	關係	姓名	電話	公	宅	行動電話						
	關係	姓名	電話	公	宅	行動電話						
	關係	姓名	電話	公	宅	行動電話						
個人 疾 病 史	曾經罹患過的疾病（請打√）											
	<input type="checkbox"/> 1. 心臟病	<input type="checkbox"/> 5. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 9. 癲癇	<input type="checkbox"/> 12. 過敏物質：_____								
	<input type="checkbox"/> 2. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 6. 肺結核	<input type="checkbox"/> 10. 腦炎	<input type="checkbox"/> 13. 重大手術：_____								
	<input type="checkbox"/> 3. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 7. 氣喘	<input type="checkbox"/> 11. 疝氣	<input type="checkbox"/> 14. 其他：_____								
	<input type="checkbox"/> 4. 血友病	<input type="checkbox"/> 8. 肝炎 (A. B. C. D. E)										
過去及現在有無健康上曾罹患之疾病，需要學校老師特別注意之處？												
<input type="checkbox"/> 無												
<input type="checkbox"/> 有。_____												
意外事故處理：												
1. 貴子弟在校若發生意外事故時，是否有指定之醫療院所？												
<input type="checkbox"/> 否。 <input type="checkbox"/> 是，請填醫療院所名稱（_____）												
2. 貴子弟遇到緊急事件時，學校直接與本表所列之親友聯繫，若無法聯絡到家長或親友時，學校當局得以就近送往醫療院所就診。												
為了貴子弟的健康，及意外或不幸發生時之緊急處置，請您務必詳填此聯絡表，以提供健康中心在健康照顧上之參考，謝謝。												
_____年_____月_____日 家長簽名：_____												
同安國小健康中心 敬啟												