

新竹縣北埔國民中學 健康檢查紀錄卡

學號

學生基本資料	入學日期	年 月 日	休學	年 月	復學	年 月	姓名											
	出生日期	年 月 日	血型		性別	☐ 男 ☐ 女	身分證字號											
	戶籍地址	縣 市 區 鄉 鎮 村 里 鄰 路 段 巷 弄 號																
	現居地址	☐ 同上 ☐ 如右：																
緊急聯絡人	【請填齊父母、親友】	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	七 年 班 號											
		父					八 年 班 號											
		母					九 年 班 號											
		親友																
健康基本資料	1. ☐ 到目前 身體狀況一切正常 2. 曾患過的 疾病 ☐ 1. 肺結核 ☐ 6. 癲癇 ☐ 12. 心理或精神疾病： ☐ 2. 心臟病 ☐ 7. 紅斑性狼瘡 ☐ 13. 癌症： ☐ 3. 肝炎 ☐ 8. 血友病 ☐ 14. 海洋性貧血： ☐ 4. 氣喘 ☐ 9. 蠶豆症 ☐ 15. 重大手術名稱： ☐ 5. 腎臟病 ☐ 10. 關節炎 ☐ 16. 過敏物質名稱： ☐ 11. 糖尿病 ☐ 17. 其他：																以紅筆摘記需特別注意的個人特殊疾病或傷殘問題：	
	3. 先天疾病或意外引起的缺陷或殘障， ☐ 領有重大傷病證明卡，類別 ☐ 領有身心障礙手冊，類別 等級： ☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度																	
	若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，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。																	
	家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂，疾病名稱																	
經常性檢查及其缺點矯治	生長發育	年級	七		八		九											
			上	下	上	下	上	下										
		項目	身高 (公分)															
			體重 (公斤)															
	總評值	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 肥胖	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 肥胖	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 肥胖	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 肥胖	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 肥胖	☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 肥胖											
	視力檢查	裸視	右															
			左															
		矯正	右															
			左															
親愛的家長，您好： 本校為了解 貴子弟的健康狀況及防止體育教學競賽時的意外發生，請您務必詳填上面資料(緊急聯絡人之電話請詳填)，如有緊急傷病需就醫時，校方一律以離學校最近的醫院為最優先。若家長有其他指定醫院請註明： _____醫院（為顧及時效，請以新竹地區為原則） 家長簽章：_____ 年 月 日																		

健康檢查資料卡（醫院填寫）

學號			班別			姓名		
檢查日期	年 月 日							
檢查項目	檢查結果（異常者打勾）						檢查醫師簽章	
	血壓：_____ / _____ mmHg 腰圍：_____ 公分							
眼	☐ 無異狀	☐ 辨色力異常 ☐ 斜視：_____ ☐ 睫毛倒插 ☐ 眼球震顫 ☐ 眼瞼下垂 ☐ 其它_____						
耳鼻喉	☐ 無異狀	聽力異常： ☐ 左 ☐ 右 ☐ 耳膜破損 ☐ 耳道畸型 ☐ 唇顎裂 ☐ 構音異常 ☐ 扁桃腺腫大 ☐ 耳前瘻管 ☐ 耵聍栓塞 ☐ 過敏性鼻炎 ☐ 慢性鼻炎 ☐ 其它 _____						
頭頸	☐ 無異狀	☐ 斜頸 ☐ 甲狀腺腫 ☐ 淋巴腺腫大 ☐ 其它 _____						
胸部	☐ 無異狀	☐ 胸廓異常 ☐ 心雜音 ☐ 心律不整 ☐ 呼吸聲異常 ☐ 其它 _____						
腹部	☐ 無異狀	☐ 肝脾腫大 ☐ 疝氣 ☐ 其它 _____						
脊柱四肢	☐ 無異狀	☐ 脊柱側彎 ☐ 多併指 ☐ 青蛙肢 ☐ 關節變形 ☐ 水腫 ☐ 其它 _____						
泌尿生殖	☐ 無異狀	☐ 陰囊腫大 ☐ 包皮異常 ☐ 精索靜脈曲張 ☐ 其它 _____						
皮膚	☐ 無異狀	☐ 癬 ☐ 疣 ☐ 紫斑 ☐ 疥瘡 ☐ 溼疹 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 其它 _____						
口腔	1. 未治療齲齒： ☐ 無 ☐ 有 2. 齲齒經驗： ☐ 無 ☐ 有 3. 恆牙第一大白齒齲齒經驗： ☐ 無 ☐ 有： ☐ 上顎， ☐ 下顎 4. 恆牙白齒之溝隙封填： ☐ 無 ☐ 有 5. 黏膜狀況： ☐ 正常 ☐ 需轉介 6. 治療急迫性： ☐ 無 ☐ 一般牙科治療 ☐ 急需治療（發炎、腫脹、潰瘍、結石）							
總評建議	☐ 無異狀 ☐ 有異狀，需接受 _____ 科醫師診治 其他建議：					承辦檢查醫院		
尿液檢查	初檢日期：年 月 日		複查日期：年 月 日		複查結果追蹤			
	尿蛋白() 尿 糖()		尿蛋白() 尿 糖()					
	潛 血() 酸鹼度()		潛 血() 酸鹼度()					
臨時性檢查	檢查名稱	檢查日期	檢查單位	檢查結果	轉介複查追蹤及備註			
健康管理綜合紀錄	學生健康檢查結果追蹤矯治情形 ☐ 1. 已完成複查與矯治，科別：_____ ☐ 2. 需持續追蹤矯治項目：_____ 個案管理摘要記載：						重要記錄卡 請妥善保存 畢業時發還	