

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號														
	戶籍地址	縣 市 區 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 室 市 鄉鎮 里 街																			
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：																			
	友 家長 緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	七年	班	號												
						八年	班	號													
						九年	班	號													

健康基本資料	個人疾病史： 本人曾患過的疾病	<input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 7. 癲癇 <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____										特殊疾病現況或應注意事項							
	<input type="checkbox"/> 2. 肺結核	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____										<input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要						
	<input type="checkbox"/> 3. 心臟病	<input type="checkbox"/> 9. 血友病	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血：_____																
	<input type="checkbox"/> 4. 肝炎	<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____																
	<input type="checkbox"/> 5. 氣喘	<input type="checkbox"/> 11. 關節炎	<input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____																
<input type="checkbox"/> 6. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 12. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 18. 其他：_____																	
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別 _____ 參加保險，類別 <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 學生團體保險 <input type="checkbox"/> 其他 _____																		
	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別 _____ 等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 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 _____																		
	原住民身分 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 父親 <input type="checkbox"/> _____ 族 母親 <input type="checkbox"/> _____ 族																		

經常性檢查及其缺點矯治	生長發育	年級	七		七		八		八		九		九		
		項目	上		下		上		下		上		下		
		身高 (公分)													
		體重 (公斤)													
	評估	過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/>		過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/>		過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/>		過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/>		過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/>		過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/>			
		過重 <input type="checkbox"/> 肥胖 <input type="checkbox"/>		過重 <input type="checkbox"/> 肥胖 <input type="checkbox"/>		過重 <input type="checkbox"/> 肥胖 <input type="checkbox"/>		過重 <input type="checkbox"/> 肥胖 <input type="checkbox"/>		過重 <input type="checkbox"/> 肥胖 <input type="checkbox"/>		過重 <input type="checkbox"/> 肥胖 <input type="checkbox"/>			
	視力檢查	裸眼視力	右												
		左													
	矯正值	右													
		左													
屈光異常類別	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視		<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視		<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視		<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視		<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視		<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視		<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視		
	屈光度數	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左		
處置情形	<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮掩治療 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮掩治療 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮掩治療 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮掩治療 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮掩治療 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮掩治療 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮掩治療 <input type="checkbox"/> 其他		
	視力備註	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型		<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型		<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型		<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型		<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型		<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型			

在學期間 重大傷病事故														
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

學號		班級		座號		姓名	
檢查日期	年 月 日						
檢查項目	無異狀	檢查結果 (異常者打勾)					檢查醫師
眼	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視：_____ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其它_____					
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無異狀	聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如： <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耳道畸形 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管 <input type="checkbox"/> 耳聾堵塞 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____					
頭頸	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____					
胸部	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其它_____					
腹部	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 疝氣 <input type="checkbox"/> 其它_____					
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 多併指 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 其它_____					
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其它_____					
皮膚	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其它_____					
口腔	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 恆牙白齒窩溝封填 <input type="checkbox"/> 其它_____					

牙齒位置圖

檢查代碼 C-齶齒 Δ-已矯治 X-缺牙 /-待拔牙 ϕ-阻生牙 Sp.-贅生牙

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
上			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上			
			右										左			
下			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	下			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

總評建議	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：_____	承辦檢查醫院
------	---	--------

尿液檢查	初查日期： 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	
	<input type="checkbox"/> 1. 已完成複查與矯治，科別：_____	
	<input type="checkbox"/> 2. 需持續追蹤矯治項目：_____	
個案管理摘要記載：		