

國立臺灣戲曲學院（國中部） 學生健康檢查紀錄卡

學號

學生基本資料	入學日期	年 月	轉學	年 月	畢業國小	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											學生本人手機									
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：																			
	家長監護人及附近親友 緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話															

健康基本資料	個人疾病史： 本人曾患過的疾病	特殊疾病現況或應注意事項
	<input type="checkbox"/> 1. 心臟病 <input type="checkbox"/> 7. 氣喘 <input type="checkbox"/> 13. 重大手術名稱： <input type="checkbox"/> 2. 第__型糖尿病 <input type="checkbox"/> 8. __型肝炎 <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血： <input type="checkbox"/> 3. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 9. 癲癇 <input type="checkbox"/> 16. 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 4. 血友病 <input type="checkbox"/> 10. 腦炎 <input type="checkbox"/> 17. 關節炎 <input type="checkbox"/> 5. 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 11. 疝氣 <input type="checkbox"/> 18. 心理或精神疾病： <input type="checkbox"/> 6. 肺結核 <input type="checkbox"/> 12. 過敏物質： <input type="checkbox"/> 20. 無 <input type="checkbox"/> 99. 其他：	<input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要(入學後若有新增疾病請主動告知導師及健康中心) 家長簽名(請簽中文全名)：
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別 <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 法定代理人：領有身心障礙手冊，稱謂：，等級 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度(其他級別不調查)	

經常性檢查及缺點矯治	生長發育	年級	七上	七下	八上	八下	九上	九下	
		項目							
		身高(公分)							
		體重(公斤)							
	視力檢查及矯治追蹤	體位評值	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖
		裸眼	右						
			左						
		矯正	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	右 左		
處置情形	<input type="checkbox"/> 點藥治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 點藥治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 點藥治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 點藥治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 點藥治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 點藥治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 點藥治療 <input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 戴隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 其他		
已通知家長									

在學期間 重大傷病事故				
疫苗 接種 紀錄	疫苗種類	疫苗接種日期	疫苗種類	疫苗接種日期



全身檢查項目															檢查醫事人員簽章									
身高：_____公分 體重：_____公斤 腰圍：_____公分																								
血壓：_____ / _____ mmHg 脈搏：_____ 次/分																								
視力檢查 裸視：右眼 _____ 左眼 _____ 矯正：右眼 _____ 左眼 _____ <small>(裸視矯正皆要測量，戴隱形眼鏡請備註)</small>																								
聽力檢查：右耳： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 左耳： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常																								
眼		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他_____																		
耳鼻喉		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				<input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 其他_____																		
頭頸		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他_____																		
胸腔及外觀		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				<input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他_____																		
腹部		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____																		
脊柱四肢		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他_____																		
泌尿生殖		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input checked="" type="checkbox"/> 未檢查				<input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他_____																		
皮膚		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他_____																		
口腔		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				<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"/> 其他_____																		
牙齒位置圖 檢查代碼 C-齲齒 X-缺牙 △-已矯治 ϕ-阻生牙 Sp.-贅生牙																								
右上		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上						
右下		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下						
總評建議		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：_____													承辦檢查醫院簽章									
實驗室檢查項目		初查結果		檢查結果		實驗室檢查項目		初查結果		檢查結果		實驗室檢查項目		初查結果		檢查結果								
				異常註記		追蹤																		
尿液檢查		尿蛋白 (+)(-)						血脂肪		三酸甘油脂														
		尿糖 (+)(-)								總膽固醇 (mg/dl)														
		潛血 (+)(-)								腎功能檢查		肌酸酐 (mg/dl)												
		酸鹼值										尿酸 (mg/dl)												
血液常規檢查		血色素 (g/dl)						肝功能檢查		血尿素氮 (mg/dl) ※														
		白血球 (103/μL)								麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)														
		紅血球 (106/μL)								麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)														
		血小板 (103/μL)								血糖		飯前血糖												
		平均血球容積 MCV (f1)						血清免疫學		B 型肝炎表面抗原														
		血球容積比 Hct (%)								B 型肝炎表面抗體														
		平均血球血色素(MCH)																						
		平均血球血色素濃度(MCHC)																						
血型		血型含 RH								A 型肝炎 IgG/IgM														
胸部 X 光檢查： (肺部及脊柱側彎)										腰椎 X 光檢查： (請判讀度數)										複查矯治、日期及備註：				
靜態心電圖：																								
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		健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄																						