

# 國立南科國際實驗高級中學國小部 學生健康狀況調查暨緊急事件聯絡表

學 號		姓 名		一年 班 號	二年 班 號		
身分證字號		出生年月日		三年 班 號	四年 班 號		
住 址				五年 班 號	六年 班 號		
緊 急 聯 絡 人	關係	姓 名	工作機構	職 稱	公 司 電 話	住 家 電 話	行 動 電 話
	父						
	母						

**※除了父母請至少填寫二位住在學校附近或容易聯絡的親友**

個人疾病史： 本人曾患過的疾病

- |                                 |                                   |  |
|---------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 無   | <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 | <input type="checkbox"/> 14. 心理或精神疾病：_____ |
| <input type="checkbox"/> 2. 肺結核 | <input type="checkbox"/> 9. 血友病   | <input type="checkbox"/> 15. 癌症：_____      |
| <input type="checkbox"/> 3. 心臟病 | <input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症  | <input type="checkbox"/> 16. 海洋性貧血：_____   |
| <input type="checkbox"/> 4. 肝炎  | <input type="checkbox"/> 11. 關節炎  | <input type="checkbox"/> 17. 重大手術名稱：_____  |
| <input type="checkbox"/> 5. 氣喘  | <input type="checkbox"/> 12. 糖尿病  | <input type="checkbox"/> 18. 過敏物質名稱：_____  |
| <input type="checkbox"/> 6. 腎臟病 | <input type="checkbox"/> 13. 疝氣   | <input type="checkbox"/> 19. 其他：_____      |
| <input type="checkbox"/> 7. 癲癇  |                                   |  |

特殊疾病現況或應注意事項  
 詳如病歷摘要

若有上述特殊疾病中： 已痊癒  正接受治療\_\_\_\_\_  未痊癒，但目前不需治療

經常服用藥物： 無  有\_\_\_\_\_ (請填寫藥名)  
曾經過敏藥物： 無  有\_\_\_\_\_ (請填寫藥名)

領有重大傷病證明卡，類別\_\_\_\_\_ \*全民健保 有 無 其他\_\_\_\_\_  
 領有身心障礙手冊，類別\_\_\_\_\_ 等級： 極重度  重度  中度  輕度

家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂\_\_\_\_\_，疾病名稱\_\_\_\_\_

**※緊急事故處理方式：貴子弟若在學校發生緊急傷病須立刻由學校代為送醫時，有無特別指定之醫院**

1. 有：立刻送往指定醫院（以永康地區為主）\_\_\_\_\_ 請填明  
 2. 無：請學校立刻送往附近醫院

說 明：1. 當孩子發生緊急傷病聯絡不到家長時，請連絡上述親友，如聯絡不到家長及上述親友時，學校得以依專業判斷，採取必要措施，先行送醫就診，以維護學生之生命安全，家長願尊重學校之措施絕無異議。而一般外傷及病症則委由校方做簡易處理。  
2. 本表於開學一週內彙整完成交回健康中心，請 貴家長共同為子女健康維護努力，謝謝。  
3. 若學童有特殊疾病史，請家長可主動與健康中心護理師聯絡，共同討論學童在校適當之健康照護方式。  
4. 個資法：個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：請貴家長同意提供本表所列之學生個人資料，做為學校緊急傷病處理及建檔等相關業務使用；家長得以書面請求查詢、閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理、利用或刪除。

※一年級新生預防接種黃卡影本請於 8/30 (五) 繳交班級導師，並請完成入學前預防注射，若有遺失請至戶籍地衛生單位申請補發再繳交。

家長（監護人）簽名：\_\_\_\_\_ 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日