

國立彰化師大附工 學生健康狀況調查表

《高一》姓名：_____	《高二》姓名：_____	《高三》姓名：_____
班級：_____ 座號：_____	班級：_____ 座號：_____	班級：_____ 座號：_____
填寫日期：_____年____月____日	填寫日期：_____年____月____日	填寫日期：_____年____月____日
請家長檢查並簽全名：_____	請家長檢查並簽全名：_____	請家長檢查並簽全名：_____
一、 <input type="checkbox"/> 到目前為止身心狀況正常 二、個人疾病史(說明發生時間) <input type="checkbox"/> 01. 心臟病 名稱：_____ <input type="checkbox"/> 02. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 03. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 04. 血友病 <input type="checkbox"/> 05. 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 06. 肺結核 <input type="checkbox"/> 07. 氣喘最後一次發作日期 _____ <input type="checkbox"/> 08. 肝炎(A. B. C. D) 名稱：_____ <input type="checkbox"/> 09. 癲癇症最後一次發作日期 _____ <input type="checkbox"/> 10. 腦炎 <input type="checkbox"/> 11. 疝氣 <input type="checkbox"/> 12. 過敏藥物/物質名稱：_____ <input type="checkbox"/> 13. 重大手術名稱：_____ <input type="checkbox"/> 14. 罕見疾病：_____ <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 (<input type="checkbox"/> 貧血) <input type="checkbox"/> 16. 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 17. 關節炎 <input type="checkbox"/> 18. 心理或精神性疾病 <input type="checkbox"/> 19. 癌症 名稱：_____ <input type="checkbox"/> 20. 高血壓 <input type="checkbox"/> 21. 妥瑞氏症 <input type="checkbox"/> 99. 其他 (請詳述及注意事項) _____ *有上述疾病請續填寫三~五項 三、上列疾病： <input type="checkbox"/> 已痊癒 <input type="checkbox"/> 正接受治療：_____醫院 <input type="checkbox"/> 用藥藥名：_____ <input type="checkbox"/> 未痊癒，但目前不需治療 <input type="checkbox"/> 健康照護上需特別注意事項 _____ 四、有須隨身自備之緊急藥物： 藥名 _____ 五、醫師曾特別指示不宜做劇烈運動：原因 _____ 六、家族疾病史：病名 _____ 與學生關係：_____ 導師核閱簽章：_____	一、 <input type="checkbox"/> 到目前為止身心狀況正常 二、個人疾病史(說明發生時間) <input type="checkbox"/> 01. 心臟病 名稱：_____ <input type="checkbox"/> 02. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 03. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 04. 血友病 <input type="checkbox"/> 05. 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 06. 肺結核 <input type="checkbox"/> 07. 氣喘最後一次發作日期 _____ <input type="checkbox"/> 08. 肝炎(A. B. C. D) 名稱：_____ <input type="checkbox"/> 09. 癲癇症最後一次發作日期 _____ <input type="checkbox"/> 10. 腦炎 <input type="checkbox"/> 11. 疝氣 <input type="checkbox"/> 12. 過敏藥物/物質名稱：_____ <input type="checkbox"/> 13. 重大手術名稱：_____ <input type="checkbox"/> 14. 罕見疾病：_____ <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 (<input type="checkbox"/> 貧血) <input type="checkbox"/> 16. 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 17. 關節炎 <input type="checkbox"/> 18. 心理或精神性疾病 <input type="checkbox"/> 19. 癌症 名稱：_____ <input type="checkbox"/> 20. 高血壓 <input type="checkbox"/> 21. 妥瑞氏症 <input type="checkbox"/> 99. 其他 (請詳述及注意事項) _____ *有上述疾病請續填寫三~五項 三、上列疾病： <input type="checkbox"/> 已痊癒 <input type="checkbox"/> 正接受治療：_____醫院 <input type="checkbox"/> 用藥藥名：_____ <input type="checkbox"/> 未痊癒，但目前不需治療 <input type="checkbox"/> 健康照護上需特別注意事項 _____ 四、有須隨身自備之緊急藥物： 藥名 _____ 五、醫師曾特別指示不宜做劇烈運動：原因 _____ 六、家族疾病史：病名 _____ 與學生關係：_____ 導師核閱簽章：_____	一、 <input type="checkbox"/> 到目前為止身心狀況正常 二、個人疾病史(說明發生時間) <input type="checkbox"/> 01. 心臟病 名稱：_____ <input type="checkbox"/> 02. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 03. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 04. 血友病 <input type="checkbox"/> 05. 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 06. 肺結核 <input type="checkbox"/> 07. 氣喘最後一次發作日期 _____ <input type="checkbox"/> 08. 肝炎(A. B. C. D) 名稱：_____ <input type="checkbox"/> 09. 癲癇症最後一次發作日期 _____ <input type="checkbox"/> 10. 腦炎 <input type="checkbox"/> 11. 疝氣 <input type="checkbox"/> 12. 過敏藥物/物質名稱：_____ <input type="checkbox"/> 13. 重大手術名稱：_____ <input type="checkbox"/> 14. 罕見疾病：_____ <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 (<input type="checkbox"/> 貧血) <input type="checkbox"/> 16. 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 17. 關節炎 <input type="checkbox"/> 18. 心理或精神性疾病 <input type="checkbox"/> 19. 癌症 名稱：_____ <input type="checkbox"/> 20. 高血壓 <input type="checkbox"/> 21. 妥瑞氏症 <input type="checkbox"/> 99. 其他 (請詳述及注意事項) _____ *有上述疾病請續填寫三~五項 三、上列疾病： <input type="checkbox"/> 已痊癒 <input type="checkbox"/> 正接受治療：_____醫院 <input type="checkbox"/> 用藥藥名：_____ <input type="checkbox"/> 未痊癒，但目前不需治療 <input type="checkbox"/> 健康照護上需特別注意事項 _____ 四、有須隨身自備之緊急藥物： 藥名 _____ 五、醫師曾特別指示不宜做劇烈運動：原因 _____ 六、家族疾病史：病名 _____ 與學生關係：_____ 導師核閱簽章：_____
列舉常去的醫療院所：_____	若有緊急狀況需就醫通知不到家長時，由學校全權處理。	
國立彰化師大附工健康中心敬啟 04-7252541*248		