

學 生 個 人 疾 病 調 查 表

臨時班級： 班、臨時座號： 號

班別： 年 班 號

學 生 姓 名		生 日	年 月 日	性 別	☐ 男 ☐ 女	身 分 證 字 號	
------------	--	-----	-------	-----	--	-----------	--

現是否有其他兄弟姐妹就讀本校？☐是，請填寫以下資料：

班級： 座號： 姓名：

住 址	縣 鄉 村 路 巷 市 鎮 里 街 弄 號
-----	--------------------------

請詳細填寫以下聯絡人電話，如學期中有更換電話請隨時知會學校。

緊 急 聯 絡 人	父	姓 名		電 話	公：	宅：	手 機：
	母	姓 名		電 話	公：	宅：	手 機：
	親 友	姓 名		電 話	公：	宅：	手 機：
	親 友	姓 名		電 話	公：	宅：	手 機：

個 人 疾 病 史	☐ 到目前為止身體狀況一切正常	
	☐ 曾患過下列疾病：	
	☐ 01. 心臟病 (☐ 規則服藥 ☐ 未服藥) ☐ 02. 蠶豆症 ☐ 03. 癲癇 (☐ 規則服藥 ☐ 未服藥) ☐ 04. 糖尿病 (☐ 規則服藥 ☐ 施打胰島素 ☐ 未服藥) ☐ 05. 肺結核 ☐ 06. 腦炎 ☐ 07. 腎臟病 ☐ 08. 氣喘 ☐ 08. 疝氣 ☐ 09. 血友病 ☐ 10. 肝炎(ABCDE) ☐ 11 地中海貧血(☐ 輕度 ☐ 重度) ☐ 12 肢體障礙，部位：_____	
	☐ 13. 心理及其他精神疾病 (診斷：_____ ☐ 規則服藥 ☐ 未服藥)	
	☐ 14. 重大手術：_____ ☐ 15. 其他：	
經 常 服 用 藥 物：	☐ 無	以紅筆摘記需特別注意的個人特殊疾病或傷殘問題：
曾 經 過 敏 藥 物：	☐ 無	
易 過 敏 物 質：	☐ 無	

注意事項：

1. 上述資料已據實填寫。 2. 當孩子發生緊急傷病如聯絡不到本人時，請聯絡上列親友。
3. 如聯絡不到本人及上列親友時，由學校權宜處理。
4. 如學童發生緊急重大事故需就醫，校方一律送往本區權責醫院診治。

家長簽名： _____

113 年 月 日

龜山國中健康中心啟

守護每位學童的健康及安全，是家長與學校共同的責任！！