

# 學生健康狀況調查暨緊急事件聯絡表

親愛的家長您好：

本校為瞭解 貴子弟健康情形，請您撥空詳填此調查表，以供本校在校辦理各種課程實施時酌情辦理，本項調查內容除告知相關老師外，一律保密，並做為緊急傷病時聯絡家長之用。

**每學年將會發回家長再確認調查表之內容並請於**限期內交回**，若有異動或更新，請您務必通知導師及健康中心更正，謝謝！請家長協助與配合，共同為子女的健康維護努力。**

姓名：
一年 班 座號：
二年 班 座號：
三年 班 座號：
四年 班 座號：
五年 班 座號：
六年 班 座號：

入學年 月	年 月	性別	出 生 日 期	年 月 日	身 份 證 字 號		
住 址	市 (縣)		鄉 鎮 市 區		里 (村)		鄰
	段	巷	弄	號	樓	之	
緊急 聯絡 人	家 長 (監護人)	關係	姓 名		電 話	住 宅：	行 動
		關係	姓 名		電 話	住 宅：	行 動
		關係	姓 名		電 話	住 宅：	行 動
		關係	姓 名		電 話	住 宅：	行 動
個人疾病史		一 年 級	二 年 級	三 年 級	四 年 級	五 年 級	六 年 級
1. 無							
2. 肺結核							
3. 心血管疾病							
4. 肝膽疾病							
5. 氣喘							
6. 腎臟及泌尿系統疾病							
7. 癲癇症							
8. 痈氣							
9. 血友病							
10. 蠶豆症							
11. 糖尿病							
12. 貧血：							
13. 腫瘤(癌)：							
15. 重大手術名稱：							
16. 過敏物質名稱：							
17. 心理或精神疾 病：							
18. 罕見疾病：							
19. 其他：							
家長簽名							

請填寫雙面資料(每年如有資料更改可用紅筆)

# 學生健康狀況調查暨緊急事件聯絡表

一、 <input type="checkbox"/> 到目前為止身體狀況一切正常
二、個人疾病史：本人曾患過的疾病(如上表請用打勾)
三、上列疾病中： <input type="checkbox"/> 已痊癒 <input type="checkbox"/> 正接受治療 <input type="checkbox"/> 未痊癒，但目前不需治療
四、因上述疾病，需特別注意事項：_____。
五、最近二個月內是否曾因傷病而就醫： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，原因_____
六、因先天性疾病或意外引起的缺陷或殘障：_____ <input type="checkbox"/> 經政府鑑定領有殘障手冊者： (        )度殘字 第 _____ 號
七、家族健康史：上述疾病中，若您的家人曾患或正在治療中，請填上疾病名稱：_____，患者與學生關係：_____
八、兄弟姐妹是否在本校就學：稱謂：_____ 班級：_____ 姓名：_____
九、是否現在就讀安親班： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，如是，請填就讀安親班班名：_____ 聯絡電話：_____
十、是否就讀本校課後班： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。 其他：_____
才藝班： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。 課程：_____
十一、學童或其法定代理人是否持有重度、極重度身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(具備學生團體保費免繳資格)
十二、如學童有生病或發燒狀況，請務必 <u>退燒後觀察 24 小時無發燒(無吃退燒藥)</u> 再上學；如腸胃炎請 <u>48 小時無症狀</u> 再返校，以免寶貝腸胃不適無法學習及造成您奔波接回疑慮，敬請配合。 (病毒性腸胃炎容易因嘔吐物造成環境污染及接觸性班級群聚感染)
十三、如有以下「疑似校園傳染病」狀況請務必告知老師，並配合學校防疫作業。 ◆腸病毒(手足口病、疱疹性咽峽炎)、流感(類流感)、水痘、疥瘡、頭蟲、紅眼症 諾羅、登革熱、肺結核；配合學校依照「臺北市學校疑似傳染病防疫作業」，讓我們一起手護學童健康及安全。
*學生如發生意外事件時，希望能優先送至的醫院名稱： <input type="checkbox"/> 長庚 <input type="checkbox"/> 馬偕 <input type="checkbox"/> 其他：_____
說明： 1. 上述資料已據實填寫。 2. 若學生發生重大緊急事件，依據「就近送醫原則」，將優先送達醫院，當孩子發生緊急傷病如聯絡不到本人時，將聯絡上述親友。 3. 如聯絡不到本人及上述親友時，請學校權宜處理。

家長簽名：\_\_\_\_\_

註：本調查表於開學兩週內彙整完成，請 貴家長支持，共同為子女的健康維護努力。  
「學生保險理賠業務」請洽健康中心諮詢

長春國小健康中心(02)25024366-139

請填寫雙面資料(每年如有資料更改可用紅筆)