

臺南市立土城高級中學（高中部）學生健康檢查記錄

學號

學生基本資料	入學日期	年 月 日	休學	年 月 日	復學	年 月 日	姓名													
	出生日期	年 月 日	血型		性別		身分證字號													
	戶籍地址	縣市	市區	鄉鎮	村	鄰	里	路	街	段	巷	弄	號	樓	之	室				
	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	(請詳填二位以上)	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	班級座號													
							高一	班	號											
							高二	班	號											
							高三	班	號											

健康基本資料	個人疾病史： 為提供適當照護，疾病資料彙整後，將提供學校相關師長，個資將嚴守保護										特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要																				
	<input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 肺結核 <input type="checkbox"/> 3. 心臟病 <input type="checkbox"/> 4. 肝炎 <input type="checkbox"/> 5. 氣喘 <input type="checkbox"/> 6. 腎臟病										<input type="checkbox"/> 7. 癩癩 <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 9. 血友病 <input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 11. 關節炎 <input type="checkbox"/> 12. 糖尿病										<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____ <input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____ <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血：_____ <input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____ <input type="checkbox"/> 17. 過敏種類名稱：_____ <input type="checkbox"/> 18. 其他：_____										黏貼照片
	*全民健保 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他 _____										*遇緊急事故送醫治療醫院：(1) _____ (2) _____																				
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，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 _____																															
家長簽名： _____																															

生長發育	項目 \ 年級	高一		高二		高三	
		上	下	上	下	上	下
	身高(公分)						
體重(公斤)							
視力	裸視	右					
		左					
	矯正	右					
		左					

在學期間重大傷病事故	
------------	--

學號		班別	年 班 號	姓名																																																																																																																															
檢查日期	年 月 日																																																																																																																																		
血壓	/	mmHg	腰圍	公分																																																																																																																															
檢查項目	無異狀	檢查結果 (異常者打勾)			檢查醫師																																																																																																																														
眼	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視: _____ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其它																																																																																																																																	
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無異狀	聽力異常: <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎, 如: 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耳道畸形 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它																																																																																																																																	
頭頸	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其它																																																																																																																																	
胸部	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 未受檢	<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其他心肺疾病 <input type="checkbox"/> 其它 _____																																																																																																																																	
腹部	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 未受檢	<input type="checkbox"/> 腹部異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其它																																																																																																																																	
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 多併指 <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 其它 _____																																																																																																																																	
男性泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 未受檢	<input type="checkbox"/> 隱罩 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其它 _____																																																																																																																																	
皮膚	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疔 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其它																																																																																																																																	
口腔	<input type="checkbox"/> 無異狀	1. 未治療齲齒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 2. 齲齒經驗: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 3. 恆牙第一大臼齒齲齒經驗: 4. 恆牙白齒之溝隙封填: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 上顎, <input type="checkbox"/> 下顎 5. 黏膜狀況: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 需轉介 5. 治療急迫性: 6. 其他 <input type="checkbox"/> 待拔牙 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一般牙科治療 <input type="checkbox"/> 缺牙 <input type="checkbox"/> 衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 急需治療 (發炎、腫脹、潰瘍、結石)																																																																																																																																	
牙齒位置圖																																																																																																																																			
檢查代碼 C-齲齒 Δ-已矯治 X-缺牙 /-待拔牙 ϕ-阻生牙 Sp.-贅生牙																																																																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">上</td><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td colspan="3">上</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td><td colspan="2">右</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">左</td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">下</td><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td colspan="3">下</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	上			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上						右									左			下			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	下																		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																				
上			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上																																																																																																																						
			右									左																																																																																																																							
下			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	下																																																																																																																						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																				
總評建議	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀, 需接受 _____ 科醫師診治 其他建議: _____			承辦檢查醫院																																																																																																																															
尿液檢查	初查日期: 年 月 日 複查日期: 年 月 日 尿蛋白 () 尿糖 () 尿蛋白 (-) 尿糖 (-) 潛血 () 酸鹼度 () <input type="checkbox"/> 生理期 潛血 (-) 酸鹼度 ()			複查結果追蹤 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 已通知, 家長未處理 <input type="checkbox"/> 異常, 需持續追蹤																																																																																																																															
血液檢查	附上檢查報告																																																																																																																																		
臨時檢查	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	學生健康檢查結果追蹤矯治情形 <input type="checkbox"/> 1. 已完成複查與矯治, 科別: _____ <input type="checkbox"/> 2. 需持續追蹤矯治項目: _____ 個案管理摘要記載: 流感接種: _____																																																																																																																																		