

國立台南第二高級中學學生健康資料卡

高一__班__號
高二__班__號
高三__班__號

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|----|------|------|----|------|---|----------|--|--|--|--|
| * 學 號 | | | | | | | | | | | | |
| * 原畢業校名 | 國中 | | | | | | | | | | | |
| * 入學日期 | 年 | 月 | 休學 | 年 | 月 | 復學 | 年 | 月 | * 姓名 | | | |
| * 出生日期 | 年 | 月 | 日 | 血型 | | * 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | * 身份證字號 | | | | |
| * 戶籍地址 | | | | | | | | * 本人行動電話 | | | | |
| * 現居地址 | <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右： | | | | | | | 監護人 | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他： | | | |
| * 緊急聯絡人 | 關係 | 姓名 | 聯絡電話 | 行動電話 | 關係 | 姓名 | 聯絡電話 | 行動電話 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---|--|----------------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| * 健康基本資料 | 本人曾罹患過疾病： <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. 無</td> <td><input type="checkbox"/> 7. 癲癇</td> <td><input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. 肺結核</td> <td><input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡</td> <td><input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. 心臟病</td> <td><input type="checkbox"/> 9. 血友病</td> <td><input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. ___型肝炎</td> <td><input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症</td> <td><input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. 氣喘(<input type="checkbox"/>近3年曾發作)</td> <td><input type="checkbox"/> 11. 關節炎</td> <td><input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6. 腎臟病</td> <td><input type="checkbox"/> 12. 第___型糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/> 18. 其他：_____</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 1. 無 | <input type="checkbox"/> 7. 癲癇 | <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____ | <input type="checkbox"/> 2. 肺結核 | <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 | <input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____ | <input type="checkbox"/> 3. 心臟病 | <input type="checkbox"/> 9. 血友病 | <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 | <input type="checkbox"/> 4. ___型肝炎 | <input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症 | <input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____ | <input type="checkbox"/> 5. 氣喘(<input type="checkbox"/> 近3年曾發作) | <input type="checkbox"/> 11. 關節炎 | <input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____ | <input type="checkbox"/> 6. 腎臟病 | <input type="checkbox"/> 12. 第___型糖尿病 | <input type="checkbox"/> 18. 其他：_____ |
| | <input type="checkbox"/> 1. 無 | <input type="checkbox"/> 7. 癲癇 | <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. 肺結核 | <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 | <input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. 心臟病 | <input type="checkbox"/> 9. 血友病 | <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. ___型肝炎 | <input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症 | <input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 5. 氣喘(<input type="checkbox"/> 近3年曾發作) | <input type="checkbox"/> 11. 關節炎 | <input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 6. 腎臟病 | <input type="checkbox"/> 12. 第___型糖尿病 | <input type="checkbox"/> 18. 其他：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族遺傳病：稱謂_____疾病名稱：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 領有重大傷病證明卡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，證明卡類別：_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 經常性檢查及其缺點矯治 | 生長發育 | 年級 | 一 | | 二 | | 三 | |
| | | | 項目 | 上 | 下 | 上 | 下 | 上 |
| | | 身高(公分) | | | | | | |
| | | 體重(公斤) | | | | | | |
| | | BMI (15>BMI>23) | | | | | | |
| | 評估 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 肥胖 | |
| | 視力檢查及複查 | 裸視 | 右 | | | | | |
| | | | 左 | | | | | |
| | | 矯正 | 右 | | | | | |
| | | | 左 | | | | | |
| 屈光異常類別 | <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 | <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 | <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 | <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 | <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 | <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 | | |
| 屈光度數 | 右 左 | 右 左 | 右 左 | 右 左 | 右 左 | 右 左 | | |
| 視力備註 | <input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 | <input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 | <input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 | <input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 | <input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 | <input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱型眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 | | |

| | |
|--------------|--|
| 在學期間重大傷病事故紀錄 | |
|--------------|--|

| 臨時性檢查 | 檢查單位名稱 | 檢查日期 | 檢查結果 | 備註 |
|-------|--------|------|------|----|
| | | | | |
| | | | | |

健康檢查報告

檢查日期： 年 月 日 (異常者打勾)

檢查醫事人員
簽章

| | | |
|------|---|--|
| 檢查項目 | 血壓：___/___mmHg 脈搏：___次/分 腰圍：___公分 | |
| 眼睛 | <input type="checkbox"/> 辨色力初查無異狀 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他： | |
| 頭頸 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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： | |
| 耳鼻喉 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管 <input type="checkbox"/> 耳垢栓塞 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他： | |
| 胸腔 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他： | |
| 腹部 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他： | |
| 脊柱四肢 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他： | |
| 泌尿生殖 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 其他： | |
| 皮膚 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他： | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| 口腔 檢查 | 1. 未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 3. 恆牙第一大白齒齲齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(16、26、36、46) 2. 已治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 4. 黏膜狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 需轉介 ※ 有實施口檢表項目，請將上列 1-3 項以符號紀錄於口腔檢查表 5. <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | | | |
| | 上 | | | 55 | 54 | 53 | 52 | 57 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 左 | | | 上 | | |
| | 下 | | | 右 | | | 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 | |
| | C=齲齒 X=缺牙 △=已矯治 /=待拔牙 (因齲齒造成之殘根) ϕ=阻生牙 Sp.=贅生牙 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|------|---|--|----------|
| 總評建議 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：_____ | | 承辦檢查廠商簽章 |
|------|---|--|----------|

| | 實驗室檢查項目 | 初查結果 | 異常註記 | 追蹤 | | 實驗室檢查項目 | 初查結果 | 異常註記 | 追蹤 |
|----------------|------------|---------------------|------|----|-----------|-----------|-------|------|----|
| 尿液 檢查 | 尿蛋白(+) (-) | | | | 血脂肪 | 總膽固醇 | mg/dl | | |
| | 尿糖 (+) (-) | | | | | 三酸甘油酯 | mg/dl | | |
| | 潛血 (+) (-) | | | | 腎功能 | 肌酸酐 | mg/dl | | |
| | 尿液酸鹼值 | | | | | 血尿素氮 | mg/dl | | |
| 血液 常規 檢查 | 紅血球 RBC | 10 ⁶ /uL | | | 肝功能 | 尿酸 | mg/dl | | |
| | 血色素 Hb | g/dl | | | | SGOT | | | |
| | 白血球 WBC | 10 ³ /uL | | | SGPT | | | | |
| | 血小板 PLT | 10 ³ /uL | | | 血清免 疫學 | B 型肝炎表面抗原 | | | |
| | 平均紅血球容積 | | | | | B 型肝炎表面抗體 | | | |
| | 血球容積比Hct | | | | | | | | |
| | | MCH/MCHC | | | | | | | |

| | | | |
|----------|-------|---|------------|
| X光 檢查 | 檢查日期： | 檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異狀 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊椎側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 其他 | 複查矯治、日期及備註 |
|----------|-------|---|------------|

| | |
|------|-----------|
| 健康管理 | 個案管理摘要記載： |
|------|-----------|

