

國立臺灣海洋大學附屬基隆海事高級中等學校 學生健康檢查紀錄卡

學號

(紅線內資料請詳細填寫)

學生基本資料	入學日期	年 月	姓名	學生本人行動電話															
	出生日期	年 月 日	血型		性別	☐ 男 ☐ 女	身分證字號												
	現居地址	縣市鄉		村鄰里	路街	巷弄	號	樓室	科別										
	緊急聯絡人	關係	姓名		電話(家)		行動電話		一年班號		二年班號		三年班號						
健康基本資料	個人疾病史：本人曾患過的疾病																		
	☐ 1. 無						☐ 7. 癲癇						☐ 13. 心理或精神疾病：_____						
	☐ 2. 肺結核						☐ 8. 紅斑性狼瘡						☐ 14. 癌症：_____						
	☐ 3. 心臟病						☐ 9. 血友病						☐ 15. 海洋性貧血：_____						
	☐ 4. _____型肝炎						☐ 10. 蠶豆症						☐ 16. 重大手術名稱：_____						
☐ 5. 氣喘						☐ 11. 關節炎						☐ 17. 過敏物質名稱：_____							
☐ 6. 腎臟病						☐ 12. 第_____型糖尿病						☐ 18. 其他：_____							
疾病目前是否有持續治療中 ☐ 有 ☐ 無。醫療院所_____及藥物名稱及使用方式_____																			
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_____																			
※您是否接受上網查詢報告服務 ☐ 同意 ☐ 不同意																			
※吸菸行為： ☐ 不吸菸 ☐ 吸菸，_____支/天 ☐ 已戒菸																			
家長聯絡事項	1. 為讓學校了解學生健康狀況；以上雙線框內資料請據實填寫。																		
	2. 當孩子發生緊急傷病聯絡不到父母本人時，由學校權宜處理，優先送三總基隆分院診治。																		
	◎家長聯絡事項：（請家長看完「健康檢查通知單」後，於下列勾選一項，若無勾選或無家長簽名者，將視為「同意勾選第1項」。）																		
	☐ 1. 已詳閱上述各項說明，配合健康檢查。																		
	☐ 2. 已詳閱上述各項說明，配合健康檢查，但不願在校內進行胸部、腹部、泌尿生殖檢查，會自行帶至醫療院所檢查，費用自理，並將檢查報告繳交學校。																		
家長已詳細閱讀以上內容後，敬請於以下的簽名欄簽名。																			
家長或監護人 簽名：_____ ☐ 父親 ☐ 母親或 ☐ 監護人（與學生之關係_____）																			
經常性檢查及其缺點矯治	生長發育	年級	一	一	二	二	三	三											
			上	下	上	下	上	下											
		項目																	
	身高(公分)																		
	體重(公斤)																		
	視力檢查及複查	裸視	右																
			左																
		矯正	右																
			左																
	屈光異常類別	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視		☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視		☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視		☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視											
視力備註	☐ 長效散瞳 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型		☐ 長效散瞳 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型		☐ 長效散瞳 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型		☐ 長效散瞳 ☐ 隱形眼鏡 ☐ 角膜塑型												