

學生基本資料	姓名	現居：新北 區 路/街 段 巷 弄 號 樓之				
	緊急聯絡人及附近親友	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話
				-	-	- -
				-	-	- -
				-	-	- -

個人疾病史：一. ☐ 截至目前，身體狀況一切正常

二. 1 本人曾患過的疾病

☐ 1. 心臟病	☐ 7. 氣喘	☐ 13. 重大手術名稱：_____	☐ 17. 關節炎
☐ 2. 第__型糖尿病	☐ 8. __型肝炎	☐ 14. 罕見疾病：_____	☐ 18. 心理或精神疾病：_____
☐ 3. 腎臟病	☐ 9. 癲癇	☐ 15. 海洋性貧血	☐ 19. 癌症：_____
☐ 4. 血友病	☐ 10. 腦炎	☐ 16. 紅斑性狼瘡	☐ 99 其他：_____
☐ 5. 蠶豆症	☐ 11. 疝氣(可圈選：橫膈、腹股溝、臍、股、；曾手術治療 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不需治療)		
☐ 6. 肺結核	☐ 12. 過敏物質名稱：_____	(可圈選：a 塵蟎, b 灰塵, c 甲殼類, d 花生, e 奶類, f 蛋)	

二. 2 上述疾病目前是否持續治療中 ☐否 ☐是 (請續填寫醫療院所名稱、治療藥物名稱與服用方式)

疾病代碼 _____ 治療醫療名稱：_____ 治療藥物及處置：☐無 ☐有

※請提供就診病歷摘要 (含疾病現況及應注意事項) 或診斷書，依醫師建議記錄，作為照護參考。

三. 家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 _____，疾病名稱 _____。

四. ☐否/☐是具重大傷病身份，類別 _____ 參加保險，類別☐全民健保☐學生團體保險☐其他

五. ☐否/☐是領有身心障礙手冊，類別 _____ 等級：☐極重度 ☐重度 ☐中度 ☐輕度 ※請檢附身心障礙手冊影本

1. 當孩子發生緊急傷病聯絡不到父母本人時，請聯絡上列親友。

2. 續上述，若無法聯絡到父母及上列親友時，學校可依據緊急醫療救護相關規定與送醫程序權宜辦理。
※責任醫院為：亞東醫院 *往返車資由家長自行負擔

3. 本人已詳讀上列注意事項並依實填寫各項資料

4. ■家長簽名：_____ (請務必簽中文全名、勿蓋章)

請家長以原子筆 詳填上方各欄位資料，並簽全名。於 8/21 前交回健康中心

健康基本資料