

高雄市立左營高級中學學生健康檢查紀錄卡 (自填)

檢驗日期： 年 月 日

學生基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	學號		班級科別	日(夜)間	科		
	出生日期	年 月 日	身分證字號		血型			年 班 座號			
	入學日期	年 月 日	休 學	年 月 日	復學	年 月 日		年 班 座號			
	戶籍地址	縣 市 市 區 鄉 鎮 村 里 路 街 段 巷 弄 號 樓 室									
現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：										
緊急聯絡人	或附近親友	父親：	<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿	電話：		母親：	<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿	電話：			
		關係	姓名	電話(家)		電話(公)		行 動 電 話			
健康基本資料	個人疾病史： 本人曾患過的疾病							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"/> 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. 地中海型貧血：_____								
	<input type="checkbox"/> 4. 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"/> 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. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 18. 其他：_____									
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別_____參加保險，類別 <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 學生團體保險 <input type="checkbox"/> 其他_____											
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，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_____											
經常性檢查及其缺點矯治	年級		一上	一下	二上	二下	三上	三下			
	日期										
	生長發育	身高/cm									
		體重/kg									
		BMI									
		腰圍									
		血壓									
	視力檢查及其缺點矯治	脈搏									
		裸視視力	右								
			左								
		矯正視力	右								
			左								
		近視									
		遠視									
		散光									
弱視											
其他											
在學期間重大傷病事故											

健康檢查紀錄表 P2 (由健檢單位填寫)

檢查日期：_____年_____月_____日

檢查項目	檢查結果(填寫、打勾)	
體格	生長發育評估： <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 過瘦	
眼	<input type="checkbox"/> 無異狀	辨色力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 其他_____
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無異狀	聽力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左右二耳 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如： <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耳道畸型 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 耳前管 <input type="checkbox"/> 盯聾栓塞 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大
頭頸	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____
胸部	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <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_____
腹部	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 疝氣 <input type="checkbox"/> 其他_____
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 多併指 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 其他_____
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無異狀	<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"/> 其他_____
皮膚	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其他_____
口腔	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜異常 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 牙檢結果_____

檢查代碼 ---D 齙齒. F 已矯治. M 缺牙. E 待拔牙. G 阻生牙. S. 贅生牙. 0 無異狀. 1 初檢異常.

牙齒位置圖：

08	07	06	05	04	03	02	01	01	02	03	04	05	06	07	08	左上
08	07	06	05	04	03	02	01	01	02	03	04	05	06	07	08	左下

牙醫師簽名：

尿液檢查	酸鹼度：	尿蛋白：	尿糖：	潛血：	尿號：
血液檢查	WBC:	RBC:	Hb:	PLT:	MCV:
肝功能	SGOT:	SGPT:	HBsAg:	HBsAb:	HBeAg:
腎功能	CRE:	UA:	BUN:		
血脂肪	T-CHO(總膽固醇):		TG:	HDL-CHO	
血糖	Sugar		HbA1C		

胸部 X 光	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常:	X 光編號:
--------	--	--------

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：_____

總評建議	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科 _____複檢 <input type="checkbox"/> 其他建議	承辦檢查醫院用印： 醫師簽章：
------	--	------------------------