

崇仁醫專學生健康狀況調查暨緊急事件聯絡表

										學號										
學生基本資料	入學日期	年 月		就讀系所、班(組)別				姓名												
	出生日期	年 月 日		血型			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號											
	戶籍地址									學生本人行動電話		相片黏貼處 (由各校決定是否蒐集)								
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：																		
	緊急聯絡人、 監護人或 附近親友	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	學生本人 E-mail													
健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病 <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 11.關節炎 <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____																			
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核 <input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____																			
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____ <input type="checkbox"/> 18.其他：_____																			
	<input type="checkbox"/> 4.肝炎 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 14.癌症：_____																			
	<input type="checkbox"/> 5.氣喘 <input type="checkbox"/> 10.蠶豆症 <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____																			
	高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於 500 度？ <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道																			
	領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，類別：																			
	領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，類別：_____，等級： <input type="checkbox"/> 1.輕度 <input type="checkbox"/> 2.中度 <input type="checkbox"/> 3.重度 <input type="checkbox"/> 4.極重度																			
	特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有(請描述)：_____																			
	若有上述疾病尚未痊癒或仍在治療中，請主動告知並提供就診病歷摘要，以作為照護參考。																			
	家族疾病史： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，患有重大遺傳性疾疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____， <input type="checkbox"/> 2.不知道																			
自我健康評估	1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？ <input type="checkbox"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好 2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？ <input type="checkbox"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好 ※ 目前有哪些健康問題？請敘述： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是																			
	1. 上述資料已據實填寫。 2. 當孩子發生緊急傷病聯絡不到本人時，請聯絡上述親友，代為照顧貴子弟。 3. 如果聯絡不到本人及上述親友時，請學校權宜處理。 4. 本資料僅供護理師、導師、任課老師公務使用，其內容本校均予以保密。 我已閱讀上述說明 家長簽名																			
健康管理綜合紀錄	個案管理摘要紀錄(此欄位由校方填寫，學生及家長勿填寫)																			