花蓮縣崇德國小學生健康狀況調查暨緊急事件聯絡表

親愛的家長：您好！

學校為了解　貴子弟的健康狀況，期望早期發現體格缺點與疾病，進而早期矯治，以下資料需請家長據實填寫，以提供醫師參考之用。謝謝您的合作!

崇德國小健康中心 敬啟

花蓮縣秀林鄉崇德國民小學

----------班級:__二__年__甲__班

學生姓名:_____　座號:_____

住址:　縣市　鄉鎮市區　村里　鄰　路街　巷弄　號　樓

出生地	省縣	性別		身分證字號		出生日期	年　月　日	
緊急聯絡人	家長（監護人）	關係		姓名		電話	公： 宅：	行動電話：
		關係		姓名		電話	公： 宅：	行動電話：
	附近親友	關係		姓名		電話	公： 宅：	行動電話：
		關係		姓名		電話	公： 宅：	行動電話：

一、□到目前為止身體狀況一切正常

二、個人疾病史：

□01.心臟病　□05.蠶豆症　□09.癲癇　□12.過敏物質_____

□02.糖尿病　□06.肺結核　□10.腦炎　□13.重大手術_____

□03.腎臟病　□07.氣喘　□11.疝氣　□14.其他_____

□04.血友病　□08.肝炎（A.B.C.D.E）

三、若您的小孩有上述疾病，請附醫院診斷書並大略說明發生時間、地點、處理情形及目前狀況，以利學校老師、護理師或其他工作人員的照顧。

_____

_____

是否加入全民健保	□是 □否	列舉學校附近常去就診健保特約醫院診所名稱及電話（僅供參考） (1)　(2)

說明: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（鄰居），代為照顧貴子弟。

3.如果聯絡不到本人及上述親友（鄰居）時，請學校權宜處理。

家長簽名：_____　　_____年_____月_____日