

苗栗縣通霄鎮新埔國民小學

學生健康狀況調查暨緊急事件聯絡表

學生姓名		座號		生日		性別		身分證字號	
出生地	市	住	縣	鄉	路	巷	號		號
	縣	址	市	鎮	街	弄			樓
緊急聯絡人	父	姓名		電話	公：			行動電話	
				宅：					
	母	姓名		電話	公：			行動電話	
				宅：					
親友	姓名		電話	公：			行動電話		
			宅：						
親友	姓名		電話	公：			行動電話		
			宅：						
是否有兄弟姐妹在新埔國小就讀 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 (請填兄弟姐妹的資料) 是否與母親同住 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，目前與()同住，原因是()									
稱謂	姓名	班別	稱謂	姓名	班別				
1		年 班	3		年 班				
2		年 班	4		年 班				
個人狀況	一、 <input type="checkbox"/> 到目前為止，身體狀況一切正常。 二、曾經患過下列疾病嗎？ <input type="checkbox"/> 01. 心臟病 <input type="checkbox"/> 05. 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 09. 癲癇 <input type="checkbox"/> 12. 過敏物質_____ <input type="checkbox"/> 02. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 06. 肺結核 <input type="checkbox"/> 10. 腦炎 <input type="checkbox"/> 13. 重大手術_____ <input type="checkbox"/> 03. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 07. 氣喘 <input type="checkbox"/> 11. 疝氣 <input type="checkbox"/> 14. 精神疾病_____ <input type="checkbox"/> 04. 血友病 <input type="checkbox"/> 08. 肝炎 (A. B. C. D. E) <input type="checkbox"/> 15. 其他_____ 三、若您的小孩有上述疾病，請大略說明發生時間、地點、處理情形及目前狀況，以利學校老師、護士或其他工作人員的照顧。 _____								
是否加入全民健保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果受傷或生病，希望優先送醫的院所 (1) _____ (2) _____							
說明: 1. 本表僅供學校和家長之間緊急事件處理聯絡使用，不做其他用途。 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。 4. 本表於開學當天交給導師。									

健康中心敬啟 792094 轉 18

家長簽名：_____ 日期： 年 月 日