


新北市板橋區後埔國小新生學童健康資料通知

 親愛的家長您好：

恭喜您的孩子即將進入本校這個大家庭！為協助孩子健康、順利適應學校生活，請您於開學前完成以下事項，並於指定時間繳交相關資料，供導師及學校查核：

◆ 壹、完成疫苗接種（滿5歲至入學前）

請帶孩子至合約醫療院所完成以下疫苗接種：

 麻疹、腮腺炎、德國麻疹 第二劑

 白喉、破傷風、非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗 一劑

注意事項：

- 1、接種時請攜帶「**兒童健康手冊正本**」及「**健保卡**」。
- 2、完成疫苗接種後，請影印【**兒童健康手冊預防接種時程及紀錄表**】（出生至入學前），請於開學時繳交影本給班級導師查核。
- 3、若有未完成疫苗，開學後護理師會開立補接種單，完成後繳回健康中心。

◆ 貳、填寫健康資料

為了解學生的健康狀況，並提供適切的照護，請家長詳實填寫新生健康調查資料（請以工整字跡填寫），並於新生報到時繳交至報到處；本資料將作為入學後健康中心進行緊急聯絡與健康照護之用。

新北市 板橋區 後埔國民小學 學生健康檢查紀錄卡							學 號	
學生基本資料	入學日期	年 月	轉入日期	年 月 日	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	縣/市 區鄉鎮 村/里 鄰 路/街 段 巷 弄 號樓之					一年	班 號
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：					二年	班 號
	緊急聯絡人 <small>（請詳填二位以上） 監護人及附近親友</small>	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	三年	班 號
							四年	班 號
						五年	班 號	
						六年	班 號	
健康基本資料	一. 個人疾病史： <input type="checkbox"/> 至目前為止身體狀況一切正常					特殊疾病現況或應注意事項		
	二. 本人曾患過的疾病：					<input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要：		
	<input type="checkbox"/> 1. 心臟病	<input type="checkbox"/> 8. _____ 型肝炎	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血：_____		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			
	<input type="checkbox"/> 2. 第一型糖尿病	<input type="checkbox"/> 9. 癲癇	<input type="checkbox"/> 16. 紅斑性狼瘡		<input type="checkbox"/> 亞東醫院或 <input type="checkbox"/> 中興醫院			
<input type="checkbox"/> 3. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 10. 腦炎	<input type="checkbox"/> 17. 關節炎		請勾選二擇一（切勿複選）				
<input type="checkbox"/> 4. 血友病	<input type="checkbox"/> 11. 疝氣 右__左	<input type="checkbox"/> 18. 心理或精神疾病：_____		■家長簽名：_____				
<input type="checkbox"/> 5. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 12. 過敏物質：_____	<input type="checkbox"/> 19. 癌症：_____		（家長一定要簽名）				
<input type="checkbox"/> 6. 肺結核	<input type="checkbox"/> 13. 重大手術名稱：_____	<input type="checkbox"/> 99. 其他：_____						
<input type="checkbox"/> 7. 氣喘	<input type="checkbox"/> 14. 罕見疾病							
三. 上述疾病目前是否有持續治療中 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，是請續填寫醫療院所與治療藥物名稱與藥物使用方式；醫療院所名稱：_____ 治療藥物名稱：_____								
藥物使用方式：_____								
<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 checked="" 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_____								

◎ 為確保學童安全，若有重大疾病或資料更動，請立即向導師更正重新建檔。

感謝您的配合

新北市後埔國小學務處健康中心敬上 115. 3. 30