

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：

恭喜您的寶貝即將進入本校就讀一年級

提醒您開學前須完成兩件事情，於『開學時』繳交班級導師彙整查核：

壹. **滿五歲至入小學前完成以下三種疫苗的接種**，敬請家長撥冗帶著您的寶貝就近前往合約院所接種下列疫苗：

◎麻疹腮腺炎德國麻疹混合 (MMR) 疫苗第二劑

◎白喉破傷風非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗 (DTap-IPV) 一劑

◎活性減毒日本腦炎疫苗 (JECV) 一劑(經醫師評估後接種)

※108年4月8日起A型肝炎疫苗擴及低收及中低收入戶兒童(接種時請攜帶資格文件)

※特別提醒：

1. 施打疫苗請記得攜帶**兒童健康手冊正本與健保卡**。

2. 完成全部疫苗接種後，請於『開學時』將最新【**兒童健康手冊預防接種時程及記錄表(從出生到-滿五歲至入小學前完整全部疫苗)**】影印一份繳交給班級導師彙整查核。

3. 護理師複查後，未完成的疫苗將開立補接種通知單，至醫療院所完成疫苗接種，再繳回健康中心。

貳. (一) 為了瞭解貴子弟的健康狀況，以便學校老師能配合照顧，使貴子弟能享有健康順利的學校生活，以下調查資料請詳細填寫，並於**新生報到時繳交於報到處**。(請以**工整字跡**詳細填寫資料以下資料，入學後健康中心緊急聯絡使用，謝謝！)

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)</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 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要： 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"/> 亞東醫院或 <input type="checkbox"/> 中興醫院 請勾選二擇一(切勿複選) ■家長簽名： (家長一定要簽名)	
	二. 本人曾患過的疾病：											
	<input type="checkbox"/> 1. 心臟病	<input type="checkbox"/> 8. 型肝炎										
	<input type="checkbox"/> 2. 第 型糖尿病	<input type="checkbox"/> 9. 癲癇										
	<input type="checkbox"/> 3. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 10. 腦炎										
<input type="checkbox"/> 4. 血友病	<input type="checkbox"/> 11. 疝氣 右 左											
<input type="checkbox"/> 5. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 12. 過敏物質：											
<input type="checkbox"/> 6. 肺結核	<input type="checkbox"/> 13. 重大手術名稱：											
<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： 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 _____												

(二) 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 114.3.25