

附件四、健康狀況調查表

彰化縣立信義國民中小學 健康中心記錄										學 號		
學生 基本 資料	入學日期	114 年 9 月 1 日		轉入日期	年 月 日		姓 名					
	出生日期	年 月 日		血型		性別	☐ 男 ☐ 女		身分證字號			
	戶籍地址	縣 市區 村 鄰 路 段 巷 弄 號		市 鄉鎮 里 街		樓之室		一 年 班 座號				
	現居地址	☐ 同上 ☐ 如右：										
	監 護 人 及 附 近 親 友 緊 急 聯 絡 人	關係	姓名		電話(家)		電話(公)		行動電話			
父												
母												
健 康 基 本 資 料	個人疾病史： 本人曾患過的疾病								左列疾病中： ☐ 已痊癒			
	☐ 1. 無		☐ 7. 癲癇		☐ 13. 心理或精神疾病：				☐ 正接受治療			
	☐ 2. 肺結核		☐ 8. 紅斑性狼瘡		☐ 14. 癌症：				☐ 未痊癒，但目前不需治療			
	☐ 3. 心臟病		☐ 9. 血友病		☐ 15. 海洋性貧血：				因左列疾病，需特別注意事項：			
	☐ 4. 肝炎		☐ 10. 蠱豆症		☐ 16. 重大手術名稱：							
☐ 5. 氣喘		☐ 11. 關節炎		☐ 17. 過敏物質名稱：								
☐ 6. 腎臟病		☐ 12. 糖尿病		☐ 18. 其他：								
☐ 學童本人 ☐ 父_____ ☐ 母_____												
☐ 領有重大傷病證明卡， ☐ 領有身心障礙手冊，類別_____等級： ☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 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_____												
就 醫 醫 院	1. _____電話：_____											
	2. _____電話：_____											
	3. _____電話：_____											

說明:緊急聯絡人以監護人或法定代理人優先(保險理賠)，再填一名可聯絡到之親友。

同校手足：() 年 () 班姓名 ()

() 年 () 班姓名 ()

() 年 () 班姓名 ()

家長簽名：_____

彰化縣縣立信義國民中小學 含氟漱口水家長同意書

親愛的家長，您好：

新的學期開始了，歡迎您與孩子加入信義的大家庭！含氟水漱口約可降低35%的蛀牙率，因此本校與衛生署、牙醫師公會合作，實施每週一次的含氟水漱口計畫，在每週二進行，若您願意讓孩子參加，請在下方的同意表簽名並交回給級任老師，謝謝！

☐ 我願意讓孩子參加含氟水漱口計畫。

☐ 抱歉，不願意。因為_____

家長簽名：_____