

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	115 年 8 月 31 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 鄉鎮 里			鄰 路 段 巷 弄 號			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. 蠶豆症 ☐ 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：