

臺北市濱江國小附設幼兒園【幼兒個人健康紀錄卡】

(請家長填寫一、二欄即可) 113 學年度填寫

一、 學生 基本 資料	姓名		出生年月日	年	月	日	性別		
	身分證字號		入學日期	年	月	日	血型		
	戶籍地址								
	現居地址								
	緊急 聯絡 人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)		行動電話		

二、 健康 基本 資料	個人疾病史： 幼兒患過的疾病	
	<input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 肺結核 <input type="checkbox"/> 3. 心臟病 <input type="checkbox"/> 4. 肝炎 <input type="checkbox"/> 5. 氣喘 <input type="checkbox"/> 6. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 7. 癲癇 <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 9. 血友病 <input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 11. 關節炎 <input type="checkbox"/> 12. 糖尿病
	<input type="checkbox"/> 13. 過敏物質 _____ <input type="checkbox"/> 14. (曾經)重大手術 _____ <input type="checkbox"/> 15. 其他 _____	
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別 _____ 參加保險，類別 <input type="checkbox"/> 全民健康保險 <input 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	
家族遺疾病史： <input type="checkbox"/> 無 患有重大遺傳性疾病家屬稱謂 _____ ，疾病名稱：_____		

三、 幼兒 健康 檢查 及 缺 點 矯 治 紀 錄	生長發育	年級 項目	2 足歲 (學年度)		3-5 歲 (學年度)		3-5 歲 (學年度)		3-5 歲 (學年度)		
			上	下	上	下	上	下	上	下	
		身高 (公分)									
		體重 (公斤)									
		口腔	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 其他 _____								
		眼耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 聽力異常 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他 _____								
		頭胸	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其他 _____								
		腹部四肢	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 疝氣 <input type="checkbox"/> 扁平足 <input type="checkbox"/> 脊椎側彎 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 其他 _____								
		泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 隱睪 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 其他 _____								
		皮膚	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 其他 _____								
	其他	<input type="checkbox"/> 無異狀 說明：									