

親愛的家長您好：

父母最大的希望是看見孩子平安、健康的成長，任何普通的感冒、發燒，都有可能引發休克、心臟衰竭等嚴重後果，加上孩子的體質各異，稍有延誤，將影響搶救生命的時機！

若能瞭解貴子弟之健康狀況，以因應學生在發生緊急傷病事件時，能提供適切而妥善的照護，或作為醫療院所診治、聯絡家人及親屬之依據，請您撥冗詳填下列資料。

一、學生基本資料及緊急連絡人資訊：

姓名		出生年月	年	月	日
手機號碼		身分證字號			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	同校就讀兄弟姐妹姓名：_____ 班別：__年__班__號			
聯絡地址					
緊急聯絡人	關係	姓名	電話(宅)	電話(公)	行動電話
	父親				
	母親				
	親友				

一年 班 號

二年 班 號

三年 班 號

請黏貼一年內

1 或 2 吋照片

二、學生健康資料：

貴子弟之各項健康基本資料，請依正式經由醫院診斷的結果為填寫依據，如疾病尚未痊癒或仍在治療中，亦可提供就診病例摘要（含疾病現況及應注意事項），以作為校方照護之參考。若曾患下列疾病，請於處打勾，若有未盡處，請填寫於其他陳述處。

至目前為止身體狀況一切正常。

氣喘(3年內曾發作)  癲癇  蠶豆症  高血壓  腎臟病  心臟病：\_\_\_\_\_

糖尿病，第\_\_\_\_\_型  紅斑性狼瘡  肺結核  癌症病史：\_\_\_\_\_

重大手術：\_\_\_\_\_  過敏物質名稱：\_\_\_\_\_

其他陳述：

上述疾病目前是否持續治療中  否  是(請填醫療院所與治療藥物名稱)

醫療院所名稱：\_\_\_\_\_；服用藥物名稱或治療方式：\_\_\_\_\_

領有重大傷病證明卡；類別\_\_\_\_\_

領有身心障礙；類別\_\_\_\_\_ 等級： 輕度  中度  重度  極重度

請翻頁續填

三、如孩子因病需就醫，請家長不可輕忽，接獲通知請立即到學校，以免延誤病情。

四、如果以上的電話均無法聯絡時，您希望學校協助的方式：

1. 留在學校觀察等家人來。但學校非醫療機構，若病情加重，將影響生命安全！
2. 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：台北醫院 新泰醫院診治，請務必擇一勾選。
3. 其它：請詳細說明您希望的處理方式：\_\_\_\_\_

五、如果孩子在家中有發燒或其他嚴重不適症狀，請陪同就醫，並依醫師指示服藥或休養，勿勉強到校上課，並請以電話通知導師。若在校期間有不適症狀，健康中心會協助處置，必要時會聯繫家長接回休養或陪同就醫，請您務必到校接回。

六、為確保學生在校護理處置之時效性，以上學生及家長資料如有異動，請立即向健康中心更正，健康中心聯絡電話：02-29912391 分機 112，本單將伴隨孩子逐年編班使用。

七、為了解學生新冠肺炎疫苗接種情況，請務必填寫下列資訊：

劑 別	施 打 時 間	疫 苗 種 類
第一劑	年 月 日	<input type="checkbox"/> BNT 疫苗 <input type="checkbox"/> 莫德納疫苗 <input type="checkbox"/> 其他：_____
第二劑	年 月 日	<input type="checkbox"/> BNT 疫苗 <input type="checkbox"/> 莫德納疫苗 <input type="checkbox"/> 其他：_____
第三劑	年 月 日	<input type="checkbox"/> BNT 疫苗 <input type="checkbox"/> 莫德納疫苗 <input type="checkbox"/> 其他：_____

八、請父母或監護人親自填寫，並簽名。

監護人：\_\_\_\_\_與學生關係：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本聯絡單請於新生訓練時繳交

備註：以下空白處為健康中心資料謄寫處，家長請勿填寫。