

# 臺南中西區忠義國民小學學生緊急事件聯絡表

一年 班 號	三年 班 號	五年 班 號								
二年 班 號	四年 班 號	六年 班 號								
學生姓名		生日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份證 字 號					
通訊處	縣市	鄉鎮市區	村里	鄰	路街					
	段	巷	弄	號之	樓之					
緊急聯絡人	關係	姓名	聯 絡 電 話							
			公	宅	行動電話					
	父									
	母									
	親友									
個人疾病史	<input type="checkbox"/> 到目前為止身體狀況一切正常 <input type="checkbox"/> 曾患過下列疾病嗎？									
	<input type="checkbox"/> 01. 心臟病 <input type="checkbox"/> 06. 肺結核 <input type="checkbox"/> 11. 疝氣 <input type="checkbox"/> 17. 關節炎 <input type="checkbox"/> 02. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 07. 氣 喘 <input type="checkbox"/> 12. 過敏體質 <input type="checkbox"/> 18. 心理問題 <input type="checkbox"/> 03. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 08. 肝 炎 <input type="checkbox"/> 13. 重大手術 <input type="checkbox"/> 19. 癌症 <input type="checkbox"/> 04. 血友病 <input type="checkbox"/> 09. 癲 癇 <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 <input type="checkbox"/> 20. 其他： <input type="checkbox"/> 05. 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 10. 腦 炎 <input type="checkbox"/> 16. 紅斑性狼瘡 _____									
	<input type="checkbox"/> 經常服用藥物 <input type="checkbox"/> 無			已列疾病中（填入代號）						
	<input type="checkbox"/> 曾經過敏藥物 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 已痊癒：_____						
<input type="checkbox"/> 容易過敏物質 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 正接受治療：_____							
<input type="checkbox"/> 未痊癒，但目前不需治療：_____										
備註：1、以上資料已據實填寫。      ※是否加入健保 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2、當孩子發生緊急傷病如聯絡不到本人時，請聯絡上列親友。 3、列舉學校附近常去就診健保特約醫院診所名稱(僅供參考)。 (1) _____ (2) _____ 4、如聯絡不到本人及上列親友時，請學校權宜處理。										

家長簽名： \_\_\_\_\_ 年 月 日 填

◎註：本聯絡表請交給各班導師，再彙整至健康中心