

**中央大學學務處諮商中心**  
**健康狀況調查及緊急事件聯絡表**

製表日期:105.09.08

系級		學生姓名																			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	學號																			
居住地址																					
戶籍地址																					
第一緊急聯絡人		第一緊急聯絡人電話																			
第一緊急聯絡人通訊地址																					
第二緊急聯絡人		第二緊急聯絡人電話																			
第二緊急聯絡人通訊地址	<input type="checkbox"/> 同第一緊急聯絡人																				
<p>個人疾病史，本人曾患過的疾病：</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>01. 無</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>07. 癲癇</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>13. 心理或精神疾病：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>02. 肺結核</td> <td><input type="checkbox"/>08. 紅斑性狼瘡</td> <td><input type="checkbox"/>14. 癌症：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>03. 心臟病</td> <td><input type="checkbox"/>09. 血友病</td> <td><input type="checkbox"/>15. 海洋性貧血：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>04. 肝炎</td> <td><input type="checkbox"/>10. 蠶豆症</td> <td><input type="checkbox"/>16. 重大手術名稱：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>05. 氣喘</td> <td><input type="checkbox"/>11. 關節炎</td> <td><input type="checkbox"/>17. 過敏物質名稱：_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>06. 腎臟病</td> <td><input type="checkbox"/>12. 糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/>18. 其他：_____</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 01. 無	<input type="checkbox"/> 07. 癲癇	<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____	<input type="checkbox"/> 02. 肺結核	<input type="checkbox"/> 08. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____	<input type="checkbox"/> 03. 心臟病	<input type="checkbox"/> 09. 血友病	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血：_____	<input type="checkbox"/> 04. 肝炎	<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____	<input type="checkbox"/> 05. 氣喘	<input type="checkbox"/> 11. 關節炎	<input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____	<input type="checkbox"/> 06. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 12. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 18. 其他：_____
<input type="checkbox"/> 01. 無	<input type="checkbox"/> 07. 癲癇	<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____																			
<input type="checkbox"/> 02. 肺結核	<input type="checkbox"/> 08. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____																			
<input type="checkbox"/> 03. 心臟病	<input type="checkbox"/> 09. 血友病	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血：_____																			
<input type="checkbox"/> 04. 肝炎	<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____																			
<input type="checkbox"/> 05. 氣喘	<input type="checkbox"/> 11. 關節炎	<input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____																			
<input type="checkbox"/> 06. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 12. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 18. 其他：_____																			
<p>特殊疾病現況或應注意事項</p> <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要 <input type="checkbox"/> 簡述如下																					

<p>領有重大傷病證明卡，類別：_____</p> <p>參加保險，類別 <input type="checkbox"/>全民健保 <input type="checkbox"/>學生團體保險 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>領有身心障礙手冊，類別：_____</p> <p>等級：<input type="checkbox"/>極重度 <input type="checkbox"/>重度 <input type="checkbox"/>中度 <input type="checkbox"/>輕度</p>
<p>上列疾病中：<input type="checkbox"/>已痊癒(項目：_____ ) <input type="checkbox"/>正接受治療(項目：_____ )</p> <p><input type="checkbox"/>未痊癒，但目前不需治療(項目：_____ )</p> <p>上述疾病未痊癒或仍在治療中，需特別注意事項：_____。</p> <p>可提供就診病歷摘要，作為照護參考。</p>
<p>1、是否需定期回診? <input type="checkbox"/>是，<input type="checkbox"/>每周<input type="checkbox"/>每月<input type="checkbox"/>每年 <input type="checkbox"/>否</p> <p>2、是否於特定醫院及醫生就診? <input type="checkbox"/>是，醫院名稱:_____ 醫生姓名:_____</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>
<p>在校期間遇緊急事故時，學校就近醫院為天晟醫院、壠新醫院、長榮醫院。請填選緊急送醫醫院，亦可送往習慣就醫之醫療院所：</p> <p>第一順位：( _____ )</p> <p>第二順位：( _____ )</p> <p>第三順位：( _____ )</p>

此份資料僅使用於學生照護，並儘提供予相關照護單位。

家長簽名: \_\_\_\_\_

填表日期: \_\_\_\_\_