

學生基本資料	入學日期	113 年 9 月		轉入日期	年 月 日		姓 名						原住民身份	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	出生日期	年 月 日		血型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		身分證字號						
	戶籍地址	縣 市 區 鄉 鎮 村 里		鄰 路 段 巷 弄 號		樓之室	一 年 班 座 號								
	現居地址	縣 市 區 鄉 鎮 村 里		鄰 路 段 巷 弄 號		樓之室	二 年 班 座 號								
	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	三 年 班 座 號						
									四 年 班 座 號						
								五 年 班 座 號							
								六 年 班 座 號							

健康基本資料	個人疾病史：	特殊疾病現況或應注意事項
	1. <input type="checkbox"/> 至目前為止身體狀況一切正常	<input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要：
	2. 曾經罹患過的疾病	若無法聯絡到父母及上列親友時，學校可依
	<input type="checkbox"/> 1 心臟病 <input type="checkbox"/> 2 第_____型糖尿病 <input type="checkbox"/> 3 腎臟病 <input type="checkbox"/> 4 血友病 <input type="checkbox"/> 5 蠱豆症 <input type="checkbox"/> 6 肺結核 <input type="checkbox"/> 7 氣喘 <input type="checkbox"/> 8 肝炎（A、B、C、D、E） <input type="checkbox"/> 9 癲癇 <input type="checkbox"/> 10 腦炎 <input type="checkbox"/> 11 疝氣 右_____左_____（ <input type="checkbox"/> 已手術 <input type="checkbox"/> 未手術治療） <input type="checkbox"/> 12 過敏物質名稱：_____ <input type="checkbox"/> 13 重大手術名稱：_____ <input type="checkbox"/> 14 罕見疾病：_____ <input type="checkbox"/> 15 海洋性貧血 <input type="checkbox"/> 16 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 17 關節炎 <input type="checkbox"/> 18 心理或精神疾病：_____ <input type="checkbox"/> 19 癌症：_____ <input type="checkbox"/> 99 其他：_____	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_____醫院及_____醫院 本人希望送往_____醫院 <input type="checkbox"/> _____醫院 <input type="checkbox"/> _____醫院 請務必擇一填寫（切勿複選）
3. 上述疾病目前是否持續治療中 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請續填寫醫療院所名稱、治療藥物名稱與服用方式）		
醫療院所名稱：_____治療藥物名稱與服用方式： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是_____ ※若有上述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）或診斷書；治療藥物名稱可檢附藥袋，作為照護參考。		
		■家長簽中文全名： _____

☐否/☐是具重大傷病身份，類別_____ 參加保險，類別☐全民健保☐學生團體保險☐其他_____
☐否/☐是領有身心障礙手冊，類別_____ 等級：☐極重度 ☐重度 ☐中度 ☐輕度※請檢附身心障礙手冊影本

家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱 _____

經常性檢查及缺點矯治	生長發育	年級項目	一		二		三		四		五		六		
			上	下	上	下	上	下	上	下	上	下	上	下	
		身高（公分）													
		身高不足評值													
		體重（公斤）													
		體位評價	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 超重
	視力檢查及矯治追蹤	裸視視力	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左
		戴鏡視力	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左
		屈光度數	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左
散光度數		右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	右左	
屈光異常類別		<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 高度近視
處置情形	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 短效散瞳 <input type="checkbox"/> 角膜塑型 <input type="checkbox"/> 其他	
頭蝨檢查															

在學期間 重大傷病事故		新生立體感初檢結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀 醫師複檢結果：
----------------	--	--

預防 接 種	疫苗種類 補種劑次 日期	B型肝炎 疫苗 (HepB)	麻疹腮腺 炎德國麻 疹混合疫 苗(MMR)	水痘疫苗 (Var) <input type="checkbox"/> 已感染 (無須再接 種)	日本腦炎 疫苗(JE)	白喉破傷 風非細胞 性百日咳 不活化小 兒麻痺混 合疫苗 (DTaP-IPV/ Tdap-IPV) ⁴	不活化小 兒麻痺疫 苗(IPV) ⁵	破傷風白 喉混合疫 苗(Td) ⁵	其他疫苗 流感疫苗	1. 接種紀錄卡影本 <input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳 2. 學齡前應完成劑次 <input type="checkbox"/> 全數完成 <input type="checkbox"/> 未完成 3. 左列疫苗係學生於入小——後，在醫療院所/ 衛生所完成補種之劑次。 4. 學齡前含 DTP/DTaP/Tdap 之相關疫苗其第四 劑於 4 歲後才接種，則滿 5 歲之 DTaP-IPV 無 須再接種。 5. 小一入學後補種使用 6. 卡介苗 <input type="checkbox"/> 無接種紀錄且測驗陰性者補種， 補種日期：_____年_____月_____日
	第一劑									
	第二劑									
	第三劑									

民國 年 月 日 健康檢查紀錄													民國 年 月 日 健康檢查紀錄																																																																																																																																																																																																																																																																													
一年 班 座號 姓名：													醫事人員 簽章	四年 班 座號 姓名：													醫事人員 簽章																																																																																																																																																																																																																																																															
檢查項目	檢查結果													檢查結果																																																																																																																																																																																																																																																																												
視需要辦理	血壓： / mmHg 、 脈搏： 次/分、腰圍： 公分													血壓： / mmHg 、 脈搏： 次/分、腰圍： 公分																																																																																																																																																																																																																																																																												
螞蟥檢查	<input type="checkbox"/> 陰性			<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 已複檢服藥治療										<input type="checkbox"/> 陰性			<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 已複檢服藥治療																																																																																																																																																																																																																																																																									
尿液檢查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常			初檢：尿蛋白 () 尿糖 () 潛血 () 酸鹼度 ()										<input type="checkbox"/> 無明顯異常			初檢：尿蛋白 () 尿糖 () 潛血 () 酸鹼度 ()																																																																																																																																																																																																																																																																									
				複檢：尿蛋白 () 尿糖 () 潛血 () 酸鹼度 ()													複檢：尿蛋白 () 尿糖 () 潛血 () 酸鹼度 ()																																																																																																																																																																																																																																																																									
眼睛	<input type="checkbox"/> 無明顯異常			<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視：_____ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他_____										<input type="checkbox"/> 無明顯異常			<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視：_____ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他_____																																																																																																																																																																																																																																																																									
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常			<input type="checkbox"/> 聽力異常 (右、左) <input type="checkbox"/> 耳膜破損 (右、左) <input type="checkbox"/> 耳道畸形 (右、左) <input type="checkbox"/> 耳前瘻管 (右、左) <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 叮嚀栓塞 (右、左) <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其他_____										<input type="checkbox"/> 無明顯異常			<input type="checkbox"/> 聽力異常 (右、左) <input type="checkbox"/> 耳膜破損 (右、左) <input type="checkbox"/> 耳道畸形 (右、左) <input type="checkbox"/> 耳前瘻管 (右、左) <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 叮嚀栓塞 (右、左) <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其他_____																																																																																																																																																																																																																																																																									
頭頸				<input type="checkbox"/> 無明顯異常			<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 異常腫塊：(<input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大)											<input type="checkbox"/> 無明顯異常			<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 異常腫塊：(<input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大)																																																																																																																																																																																																																																																																					
胸腔及外觀	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢			<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 心肺疾病：(<input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其他心肺疾病)										<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢			<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 心肺疾病：(<input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其他心肺疾病)																																																																																																																																																																																																																																																																									
				腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢			<input type="checkbox"/> 腹部異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____										<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢			<input type="checkbox"/> 腹部異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____																																																																																																																																																																																																																																																																					
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常			<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 (<input type="checkbox"/> 多併指、趾 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 其他肢體畸形) <input type="checkbox"/> 其他_____										<input type="checkbox"/> 無明顯異常			<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 (<input type="checkbox"/> 多併指、趾 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 其他肢體畸形) <input type="checkbox"/> 其他_____																																																																																																																																																																																																																																																																									
				泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢			<input type="checkbox"/> 隱罩 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他_____										<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 不同意受檢			<input type="checkbox"/> 隱罩 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他_____																																																																																																																																																																																																																																																																					
皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常			<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其他_____										<input type="checkbox"/> 無明顯異常			<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其他_____																																																																																																																																																																																																																																																																									
口腔檢查	<div>□未治療齲齒：□無 □有 □已治療齲齒：□無 □有</div> <div>□恆牙第一大白齒齲齒經驗：</div> <div>□無 □有；上顎 □16 □26；下顎 □36 □46</div> <div>□恆牙第一大白齒之窩溝封填： □無 □有</div> <div>□口腔衛生不良 □牙結石 □牙齦炎 □咬合不正</div> <div>□口腔黏膜異常 □牙周病 □缺牙 □阻生牙</div> <div>□贅生牙 □待拔牙 □乳牙待拔 □其他_____</div> <div>C-齲齒 X-缺牙 Δ-已矯治 /-待拔牙(因齲齒造成之殘根)</div> <div>h-乳牙待拔 ψ-阻生牙 Sp.-贅生牙</div> <table><tr><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>上</td><td></td><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td></td><td>上</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>右</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>左</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>下</td><td></td><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td>下</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																			上		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		上				右											左					下		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	下																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																		<div>□未治療齲齒：□無 □有 □已治療齲齒：□無 □有</div> <div>□恆牙第一大白齒齲齒經驗：</div> <div>□無 □有；上顎 □16 □26；下顎 □36 □46</div> <div>□恆牙第一大白齒之窩溝封填：□無 □有</div> <div>□口腔衛生不良 □牙結石 □牙齦炎 □咬合不正</div> <div>□口腔黏膜異常 □牙周病 □缺牙 □阻生牙</div> <div>□贅生牙 □待拔牙 □乳牙待拔 □其他_____</div> <div>C-齲齒 X-缺牙 Δ-已矯治 /-待拔牙(因齲齒造成之殘根)</div> <div>h-乳牙待拔 ψ-阻生牙 Sp.-贅生牙</div> <table><tr><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>上</td><td></td><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td></td><td>上</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>右</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>左</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>下</td><td></td><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td>下</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																			上		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		上				右											左					下		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	下																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																	
													18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																																																																																																																																																														
															上		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		上																																																																																																																																																																																																																																																														
																右											左																																																																																																																																																																																																																																																															
																下		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	下																																																																																																																																																																																																																																																														
													48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																																																																																																																																																														
													18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																																																																																																																																																														
		上		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		上																																																																																																																																																																																																																																																																											
			右											左																																																																																																																																																																																																																																																																												
			下		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	下																																																																																																																																																																																																																																																																											
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																																																																																																																																																																											
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：												承辦檢查 醫療院所簽章			<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：												承辦檢查 醫療院所簽章																																																																																																																																																																																																																																																														
臨時性檢查	名稱	日期		結果		檢查單位		複查追蹤		名稱		日期		結果		檢查單位		複查追蹤																																																																																																																																																																																																																																																																								
健康管理綜合紀錄	學生健康檢查結果追蹤矯治情形 <input type="checkbox"/> 1. 已完成複查與矯治，科別：_____ <input type="checkbox"/> 2. 需持續追蹤矯治項目：_____												學生健康檢查結果追蹤矯治情形 <input type="checkbox"/> 1. 已完成複查與矯治，科別：_____ <input type="checkbox"/> 2. 需持續追蹤矯治項目：_____																																																																																																																																																																																																																																																																													
	個案管理摘要記載												重要紀錄卡請妥善保存 並於畢業(離校)時發還																																																																																																																																																																																																																																																																													

