

學生基本資料	入學日期	年 月	轉入日期	年 月 日	姓名								
	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	村 鄰	路 段	巷 弄	號 樓之室	一年 班 座號						
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：						二年 班 座號					
	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：本人曾患過的疾病	特殊疾病現況或應注意事項
	<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. 心理或精神疾病： <input type="checkbox"/> 14. 癌症： <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血： <input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱： <input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱： <input type="checkbox"/> 18. 其他：	<input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別 _____ 參加保險，類別 <input type="checkbox"/> 全民健保 <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	
	若有上述特殊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），做為照護參考。	

家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 _____，疾病名稱 _____

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)													
	評值	不足 正常 過高	不足 正常 過高	不足 正常 過高	不足 正常 過高	不足 正常 過高	不足 正常 過高	不足 正常 過高	不足 正常 過高	不足 正常 過高	不足 正常 過高	不足 正常 過高	不足 正常 過高	
	體重(公斤)													
	評值	<input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 過輕	<input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 過輕	<input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 過輕	<input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 過輕	<input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 過輕	<input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 過輕	<input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 過輕	<input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 過輕	<input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 過輕	<input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 過輕	<input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 過輕	<input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 過輕	
	視力檢查及複查	裸視	右	左										
		矯正	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
		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
視力備註	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型	<input type="checkbox"/> 長效散瞳 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 <input type="checkbox"/> 角膜塑型		
處置情形	<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮擋治療 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮擋治療 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮擋治療 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮擋治療 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮擋治療 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮擋治療 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮擋治療 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮擋治療 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮擋治療 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮擋治療 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮擋治療 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 配鏡矯治 <input type="checkbox"/> 更換鏡片 <input type="checkbox"/> 定期檢查 <input type="checkbox"/> 遮擋治療 <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	接種疫苗	B型肝炎疫苗 (HepB)	水痘疫苗 (Var)	減量破傷風白喉非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗 (Tdap-IPV)*	白喉破傷風百日咳混合疫苗 (DTP/DTap)	小兒麻痺疫苗 (OPV/IPV)	麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗 (MMR)	日本腦炎疫苗 (JE)	其他臨時性疫苗	1. 接種紀錄卡 <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(含括 Tdap-IPV、MMR2 及 JE4) <input type="checkbox"/> 未完成 3. 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 4. *五合一疫苗第四劑 <input type="checkbox"/> 4 歲後接種 (Tdap-IPV 無須再接種) 5. 請將左列補種疫苗之接種日期依劑次填列於表格內。
	劑次									
	接種日期									
	第一劑									
	第二劑									

實驗室檢查	寄生蟲	一年級蛔蟲： 結果：— <input type="checkbox"/> 已服藥完成	一年級蟯蟲： 結果：— <input type="checkbox"/> 已服藥完成	四年級蛔蟲： 結果：— <input type="checkbox"/> 已服藥完成	四年級蟯蟲： 結果：— <input type="checkbox"/> 已服藥完成
	尿液檢查結果	一年級檢查日： 尿蛋白(—) 潛血(—) 尿糖(—) 酸鹼度()	複查日： 尿蛋白(—) 潛血(—) 尿糖(—) 酸鹼度()	四年級檢查日： 尿蛋白(—) 潛血(—) 尿糖(—) 酸鹼度()	複查日： 尿蛋白(—) 潛血(—) 尿糖(—) 酸鹼度()

民國 年 月 日 承辦醫 健康檢查記錄 院名稱：					民國 年 月 日 承辦醫 健康檢查記錄 院名稱：																																																																																																																																																																																																																																			
一年 班 號 姓名：			醫事人員簽章		四年 班 號 姓名：			醫事人員簽章																																																																																																																																																																																																																																
檢查項目		血壓： 腰圍： / mmHg(視需要辦理項目) 公分(視需要辦理項目)			檢查項目		血壓： 腰圍： / mmHg(視需要辦理項目) 公分(視需要辦理項目)																																																																																																																																																																																																																																	
眼		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 眼睛其他 (* <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂)			眼		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他 (* <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂)																																																																																																																																																																																																																																	
耳鼻喉		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <input type="checkbox"/> 耳道畸形 <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他			耳鼻喉		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他																																																																																																																																																																																																																																	
頭頸		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊：(<input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腫大) <input type="checkbox"/> 其他			頭頸		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊：(<input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腫大) <input type="checkbox"/> 其他																																																																																																																																																																																																																																	
胸部		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未受檢 <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"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他			胸部		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未受檢 <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"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他																																																																																																																																																																																																																																	
腹部		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他			腹部		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 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"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲距困難(青蛙肢) <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"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲距困難(青蛙肢) <input type="checkbox"/> 其他																																																																																																																																																																																																																																	
泌尿生殖		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 隱睪 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他			泌尿生殖		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未受檢 <input type="checkbox"/> 隱睪 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <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"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他			皮膚		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他																																																																																																																																																																																																																																	
口腔檢查		1. 未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 2. 齲齒經驗(已治療)： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 3. 恆牙第一大臼齒齲齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(16或26或36或46) ※實施口檢表者請將上列1-3項以符號紀錄於口檢表上 4. 恆牙大白齒之窩溝封填： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 5. <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其它			1. 未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 2. 齲齒經驗(已治療)： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 3. 恆牙第一大臼齒齲齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(16或26或36或46) ※實施口檢表者請將上列1-3項以符號紀錄於口檢表上 4. 恆牙大白齒之窩溝封填： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 5. <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其它																																																																																																																																																																																																																																			
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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></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></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></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></td><td></td><td></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																				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65							85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																				48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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></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></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></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></td><td></td><td></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																				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65							85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																				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																																																																																																																																																																																																																					
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																																																																																																																																																																																																																												
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																																																																																																																																																																																												
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																																																																																																																																																																																																																									
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																																																																																																																																																																																																																												
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																																																																																																																																																																																												
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																																																																																																																									
		C-齲齒 X-缺牙 △-已矯治 /-待拔牙(因齲齒造成的殘根) φ-阻生牙 Sp.-贅生牙 h-乳牙待拔					C-齲齒 X-缺牙 △-已矯治 /-待拔牙(因齲齒造成的殘根) φ-阻生牙 Sp.-贅生牙 h-乳牙待拔																																																																																																																																																																																																																																	
增列項目		胸部 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未受檢 心電圖 <input type="checkbox"/> 異常			增列項目		胸部 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未受檢 心電圖 <input type="checkbox"/> 異常																																																																																																																																																																																																																																	
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：			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：																																																																																																																																																																																																																																	
其他檢查		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>名稱</th><th>日期</th><th>結果</th><th>檢查單位</th><th>複查追蹤</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>			名稱	日期	結果	檢查單位	複查追蹤											其他檢查		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>名稱</th><th>日期</th><th>結果</th><th>檢查單位</th><th>複查追蹤</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>			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																																																																																																																																																																																																																																				
名稱	日期	結果	檢查單位	複查追蹤																																																																																																																																																																																																																																				
健康管理		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：			健康管理		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：																																																																																																																																																																																																																																	
綜合紀錄		個案管理摘要記載			綜合紀錄		個案管理摘要記載																																																																																																																																																																																																																																	