

# 桃園市龜山區新路國民小學 112 學年度新生預防接種說明暨健康狀況調查表

親愛的家長您好：

恭喜您！孩子已邁入學習的另一個階段。

一、為確保學童健康及校園防疫安全，請家長協助配合：

- (1) 入學前請完成各項疫苗接種。包括①麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗 (MMR) 第 2 劑、②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) 一劑及③日本腦炎疫苗 (JE) 第四劑，上述三項疫苗接種。
- (2) 新生報到日如未提供預防接種卡影本，請於開學後繳交影本給導師；如有遺失，請於開學前至戶籍地衛生所申請補發接種證明。

二、請父母勾選學生曾患過的疾病及身體應特別注意事項

學生姓名：	班級：( 一 )年(     )班 座號：		
<b>A. 個人疾病史：本人曾患過的疾病(經醫師確定診斷的疾病)</b>			
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> ⑥肺結核	<input type="checkbox"/> ⑫過敏，物質名稱：_____	<input type="checkbox"/> ⑬心理或精神性疾病：_____
<input type="checkbox"/> ①心臟病	<input type="checkbox"/> ⑦氣喘	<input type="checkbox"/> ⑬重大手術，名稱：_____	<input type="checkbox"/> ⑱癌症：_____
<input type="checkbox"/> ②糖尿病	<input type="checkbox"/> ⑧肝炎	<input type="checkbox"/> ⑭罕見疾病：_____	<input type="checkbox"/> ⑳其他：_____
<input type="checkbox"/> ③腎臟病	<input type="checkbox"/> ⑨癲癇症	<input type="checkbox"/> ⑮海洋性貧血	特殊疾病現況及應注意事項：
<input type="checkbox"/> ④血友病	<input type="checkbox"/> ⑩腦炎	<input type="checkbox"/> ⑯紅斑性狼瘡	
<input type="checkbox"/> ⑤蠶豆症	<input type="checkbox"/> ⑪疝氣 <input type="checkbox"/> 已手術 <input type="checkbox"/> 未手術	<input type="checkbox"/> ⑰關節炎	
※ 上列疾病中： <input type="checkbox"/> 已痊癒。 <input type="checkbox"/> 正接受治療。 <input type="checkbox"/> 未痊癒，但目前不需治療。 ※ 若有上述特殊病尚未痊癒或仍在治療中，請提供就診病歷摘要(含疾病現況及應注意事項)，以做為照護參考。			
<b>B. 經常服用藥物：</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 名稱：_____	<b>C. 過敏藥物：</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 名稱：_____		
<b>D. 醫療相關證明：</b> <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			
<b>E. 家族疾病史：</b> ※ 家人患有心臟病( <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姊 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 外祖父 <input type="checkbox"/> 外祖母)，疾病名稱：_____ ※ 患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____			
<b>F. 說明：</b> (1) 上述資料請據實填寫，病史可逐年更正，更正時請告知導師更新。 (2) 當學童發生緊急傷病若聯絡不到父母親時，將與緊急聯絡人聯繫。 (3) 如聯絡不到父母親或緊急聯絡人時，委由學校權宜處理。			
家長簽名：	填寫日期：		