

## 6-2-1-1 提供教職員工生健康諮詢



協助有高血壓同事測量血壓並進行衛教



協助教師傷口換藥



協助身體不適學生測量體溫和衛教宣導



針對登革熱患者進行衛教



身體評估



健康中心提供相關衛教宣導



## 6-2-1-2 辦理教職員工健檢

### 臺南市中西區進學國民小學

107 年度 教職員工健康檢查

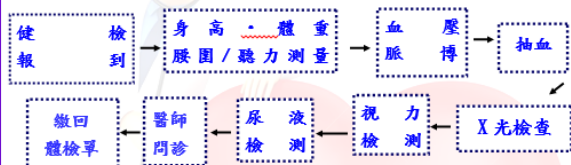
★ 健檢日期：108 年 01 月 03 日

報到時間：上午 10:00 至 11:50 截止(健檢時間結束前 10 分鐘)

健檢時間：10:00 至 12:00

健檢地點：大辦公室

★ 健檢流程：



★ 健檢事項：

1. 建議受檢前 6-8 小時禁食(可喝少量白開水)，如已用餐者，須先告知醫護人員。
2. 體檢前請勿服用藥物，**高血壓及糖尿病**患者除外。
3. 受檢當日請穿著輕便衣物，請勿配戴金屬飾品，女性請勿穿著有鋼圈之內衣。
4. 有特殊疾病及身體不適，女性生理期驗尿者，請於當天預先告知醫護人員。
5. 孕婦或疑似懷孕者，請勿拍攝 X 光。
6. 人員至現場報到後，可視現場狀況執行體檢，不需按照流程受檢。



### 教職員工健檢須知

### 重要公告！

1. 日期：108 年 1 月 3 日 (四) 上午 10:00—12:00
2. 避免日後補檢作業困難，敬請教職員工務必於規定時間到本校大辦公室受檢。
3. 依教育局規定，如排定受檢當日未受檢之教職員工，**必須於本校健檢日後 3 天內，且自行取得排定時在學校同意後，才能前往鄰近場次完成補檢，或更換補檢通知單自行前往高雄區醫院健檢。**(其他各校健檢時間將公布於學校大辦公室)
4. 若教職員工不接受本次體檢者：40 歲以下者提供 5 年內體檢報告證明單；40 歲以上者提供 3 年內體檢報告證明單。(自行受檢項目必須包含本次檢查項目：作業經歷、既往病史、生活習慣及自覺症狀之調查、身高、體重、腰圍、視力、辨色力、聽力、血壓與身體各系統或部位之身體檢查及胸透、胸部 X 光(大片)攝影檢查、尿蛋白及尿潛血之檢查、血色素及白血球數檢查、血糖、血清丙酸羧基轉氨酶、肌酸酐、膽固醇、三酸甘油脂、高密度脂蛋白膽固醇、低密度脂蛋白膽固醇之檢查、其他經中央主管機關指定之檢查等)。
5. 教職員工依法規規定對於健康檢查有接受義務，因此不得拒絕檢查，違反者將處 3,000 元以下罰鍰。(職安法第 20 條、第 46 條)。
6. 受檢之教職員工可得到薪金 1 份，請於繳交體檢單時簽名領取。
7. 請遵守國民身分證進行體檢規則。
8. 請女性教職員工健檢當日**無鋼圈內衣，避免 X 光檢查失敗。**
9. 受檢時間的 20 分鐘，請自行斟酌時間依序排班報到。
10. 因本校排定時間為上午時段，因此血檢項目**受檢前 6-8 小時禁食(可喝少量白開水)**為飯前血檢數據，如已用餐者，須先告知醫護人員為飯後血檢數據，無害茶食。

#### 要參加~梯次時段調查表(單選梯次)

- 第一梯次 10:00-10:30      第二梯次 10:30-11:00  
第三梯次 11:00-11:30      第四梯次 11:30-12:00

不參加本次健檢，請於一週內繳交體檢報告證明單

本人簽名：\_\_\_\_\_

◎因時間緊急請於下週四(12/20)下班前，將調查表交回總務處，將視人缺狀況予以分配梯次，請各位同仁多加配合 謝謝大家。

### 注意事項

### 健檢須知



當日照片



當日照片

# 6-2-1-3 學生健康護照

【個人健康紀錄表】

年齡：歲	期：初(11年) / 月 / 日	期：末(年) / 月 / 日		
身高：公分	123.7	公分	125.7	
體重：公斤	20.1	公斤	23.5	
身體質量指數(BMI)	14.4		15.0	
我的身體質量指數	過輕	適量	過重	
視力	左眼	右眼	左眼	右眼
	1.0	1.0	1.0	1.0

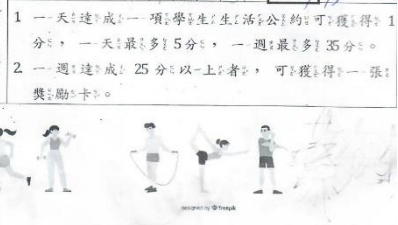
【健康小知識】

- 身體質量指數(BMI)的計算： $\text{BMI} = \frac{\text{體重(公斤)}}{\text{身高(公尺)} \times \text{身高(公尺)}}$
- 兒童及青少年生長身體質量指數(BMI)建議值與成人不同，以下為7-15歲的BMI對照表：

年齡	男				女			
	過輕	正當範圍	過重	肥胖	過輕	正當範圍	過重	肥胖
7	13.8	13.8-17.9	17.9	20.3	13.4	13.4-17.7	17.7	19.6
8	14.1	14.1-19	19	21.6	13.8	13.8-18.4	18.4	20.7
9	14.3	14.3-19.5	19.5	22.3	14	14-19.1	19.1	21.3
10	14.5	14.5-20	20	22.7	14.3	14.3-19.7	19.7	22
11	14.8	14.8-20.7	20.7	23.2	14.7	14.7-20.5	20.5	22.7
12	15.2	15.2-21.3	21.3	23.9	15.2	15.2-21.3	21.3	23.5
13	15.7	15.7-21.9	21.9	24.5	15.7	15.7-21.9	21.9	24.3
14	16.3	16.3-22.5	22.5	25	16.3	16.3-22.5	22.5	24.9
15	16.9	16.9-22.9	22.9	26.4	16.7	16.7-22.7	22.7	25.2

【學生生活公約紀錄表】 112學年度第一學期

學生活公約內容	週次	日期	分數(最低0,最高5)					一週合計	見證人
			一	二	三	四	五		
1. 每天運動30分鐘(扣除體育課時間)	三	9/4-9/10	4	4	4	4	4	26	陳海
	四	9/11-9/17	4	4	4	4	4	26	
	五	9/18-9/24	4	4	4	4	4	26	
	六	9/25-10/1	4	4	4	4	4	26	
	七	10/2-10/8	4	4	4	4	4	26	
2. 每天喝足白開水(體重*30c.c.)	八	10/9-10/15	4	4	4	4	4	26	陳海
	九	10/16-10/22	4	4	4	4	4	26	
3. 每天4電(電視、電腦、手機、平板)不超過2小時(離校時間)	十	10/23-10/29	4	4	4	4	4	26	陳海
	十一	10/30-11/5	4	4	4	4	4	26	
	十二	11/6-11/12	4	4	4	4	4	26	
4. 天天吃六大類食物(全穀雜糧類、蔬菜類、水果類、豆魚蛋肉類、乳品類、堅果種子類)	十三	11/13-11/19	4	4	4	4	4	26	陳海
	十四	11/20-11/26	4	4	4	4	4	26	
5. 每天晚上睡足9-11小時	十五	11/27-12/3	4	4	4	4	4	26	陳海
	十六	12/4-12/10	4	4	4	4	4	26	
	十七	12/11-12/17	4	4	4	4	4	26	
	十八	12/18-12/24	4	4	4	4	4	26	
	十九	12/25-12/31	4	4	4	4	4	26	



【學生生活公約紀錄表】 112學年度第一學期

學生活公約內容	週次	日期	分數(最低0,最高5)					一週合計	見證人
			一	二	三	四	五		
1. 每天運動30分鐘(扣除體育課時間)	三	9/4-9/10	4	4	4	4	4	32	陳海
	四	9/11-9/17	4	4	4	4	4	31	
	五	9/18-9/24	4	4	4	4	4	35	
	六	9/25-10/1	4	4	4	4	4	30	
	七	10/2-10/8	4	4	4	4	4	32	
2. 每天喝足白開水(體重*30c.c.)	八	10/9-10/15	4	4	4	4	4	31	陳海
	九	10/16-10/22	4	4	4	4	4	30	
3. 每天4電(電視、電腦、手機、平板)不超過2小時(離校時間)	十	10/23-10/29	4	4	4	4	4	34	陳海
	十一	10/30-11/5	4	4	4	4	4	31	
	十二	11/6-11/12	4	4	4	4	4	29	
	十三	11/13-11/19	4	4	4	4	4	34	
4. 天天吃六大類食物(全穀雜糧類、蔬菜類、水果類、豆魚蛋肉類、乳品類、堅果種子類)	十四	11/20-11/26	4	4	4	4	4	35	陳海
	十五	11/27-12/3	4	4	4	4	4	34	
	十六	12/4-12/10	4	4	4	4	4	33	
	十七	12/11-12/17	4	4	4	4	4	35	
	十八	12/18-12/24	4	4	4	4	4	32	
5. 每天晚上睡足9-11小時	十九	12/25-12/31	4	4	4	4	4	35	陳海
	二十	12/31-1/6	4	4	4	4	4	35	



【我的跑步存摺】

健身運動  
目前的熱身非常重要，適當而充分的熱身，可預防運動傷害，每次慢跑前，先做5-10分鐘的伸展運動，再逐漸增加運動強度，避免運動傷害

我的跑步存摺  
活動由學生利用課間活動時間自主跑走，每天跑完的圈數請登記在下表。  
每場一圈(200M)

年級	建議圈數	年級	建議圈數
小一	1天跑1圈	小四	1天跑4圈
小二	1天跑2圈	小五	1天跑5圈
小三	1天跑3圈	小六	1天跑5圈

週一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日	一週合計圈數
4	5	6	7	8	9	10	
(4)圈	(4)圈	(4)圈	(4)圈	(4)圈	(2)圈	(2)圈	
11	12	13	14	15	16	17	
(2)圈	(4)圈	(4)圈	(4)圈	(4)圈	(2)圈	(3)圈	【23】圈
18	19	20	21	22	23	24	
(3)圈	(4)圈	(4)圈	(4)圈	(4)圈	(3)圈	(1)圈	【23】圈
25	26	27	28	29	30		
(4)圈	(4)圈	(4)圈	(4)圈	(4)圈	(4)圈		【24】圈
9月總計							【89】圈

週一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日	一週合計圈數
2	3	4	5	6	7	8	
(4)圈	(4)圈	(2)圈	(4)圈	(4)圈	(2)圈	(3)圈	【23】圈
9	10	11	12	13	14	15	
(2)圈	(2)圈	(4)圈	(4)圈	(4)圈	(2)圈	(4)圈	【24】圈
16	17	18	19	20	21	22	
(2)圈	(3)圈	(4)圈	(4)圈	(4)圈	(2)圈	(5)圈	【26】圈
23	24	25	26	27	28	29	
(2)圈	(2)圈	(3)圈	(4)圈	(4)圈	(4)圈	(2)圈	【23】圈
30	31						
(3)圈							【7】圈
10月總計							【105】圈



# 6-2-1-4 學生疾病照護自主管理

## 進學國民小學 特殊疾病學生管理記錄表

姓名： 李 00	年 班 號	收案日期：11109
性別：男 出生年月： [REDACTED]	年 班 號	結案日期：
入學年度： [REDACTED]	年 班 號	結案原因： <input type="checkbox"/> 轉出 <input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 其他

緊急聯絡人	依緊急聯絡表
-------	--------

疾病診斷： 心房中膈缺損、肝臟移植 就醫醫院：高雄長庚、台大醫院

過去病史及現況描述：

- 肝臟移植（出生 8 個月大時）
- 心房中膈缺損
- 每半年回醫院複檢

**1、自覺功能：**

功能良好無症狀                      重度運動時才有症狀

中度及輕度運動時有症狀      日常生活及輕度運動有症狀

**2、活動限制：**

不需限制活動              需限制重度活動                      需限制中度活動

需限制輕度活動              需在家或住院治療及臥床休息

**3、醫療追蹤：**

不需醫療追蹤                      需做定期醫療追蹤

**4.其他：**

重大傷病卡

**5.注意事項**

不可獨處隨時注意安全



## 進學國民小學 特殊疾病學生健康照護記錄表

時 間	健 康 照 護 記 錄	記 錄 者
11009	與班級老師聯繫此學生過去病史並告知科任老師注意學童上課隨時注意	
11103	回院複檢，續觀	
████████	████████████████████ 心房中膈缺損、部份靜脈回流異常，████████ 作心導管檢查，████████ 出院	
████████	████████████████████ 因肝指數異常升高，住院檢查，發現有排斥現象，續住院中	
████████	腹痛，體溫 36.0，從中午一直覺肚痛胃脹氣不適，1440 請家長接回就醫	
1121013	家長就醫診斷便秘	
11303	回院複檢，續觀	
████████	腹，挫撞傷，休息觀察，通知家長，家長帶回，衛生教育，處理其他，11:10 接獲通知，和同學玩鬼抓人互撞，無法起身。到達現場後，學童一直哭泣，對問話不回答。檢查腹部外觀無紅腫，腹部柔軟。導師聯絡家長表示可等情緒較穩定後再問。用輪椅帶回健康中心，清洗身上沙子，情緒較穩定（之前換氣過度，雙手較緊繃。）11:35 血氧濃度 98%、心跳 112、呼吸 26 次。再次問他受傷過程，表示和 08 號相撞，對方肩膀撞到左腹偏肋緣處。讓他和媽媽通電話後，情緒更平穩。11:46 血氧 99、心跳 86、呼吸 24。媽媽 11:50 到學校接回，可自行走路到媽媽機車處。建議仍要就醫檢查、請老師再追蹤後續	

護理師

衛生組長

學務主任

校長

## 進學國民小學 特殊疾病學生管理記錄表

姓名： <span style="background-color: black; color: black;">██████</span> 性別：女 出生年月： 入學年度： <span style="background-color: black; color: black;">██████</span>	█年 █班 █號 ____年 ____班 ____號 ____年 ____班 ____號	收案日期：11209 結案日期： 結案原因： <input type="checkbox"/> 轉出 <input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 其他
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

緊急聯絡人	依緊急聯絡表
-------	--------

疾病診斷： 淋巴性白血病	就醫醫院：成大醫院
--------------	-----------

**過去病史及現況描述：**

已完成治療及停藥兩年，半年回成大複檢

**1、自覺功能：**

- 功能良好無症狀                      重度運動時才有症狀  
中度及輕度運動時有症狀            日常生活及輕度運動有症狀

**2、活動限制：**

- 不需限制活動            需限制重度活動                      需限制中度活動  
需限制輕度活動            需在家或住院治療及臥床休息

**3、醫療追蹤：**

- 不需醫療追蹤            需做定期醫療追蹤

**4.其他：**

- 重大傷病卡

**5.注意事項**

不明原因發燒、出血、倦怠、骨痛及臉色蒼白

## 進學國民小學 特殊疾病學生健康照護記錄表

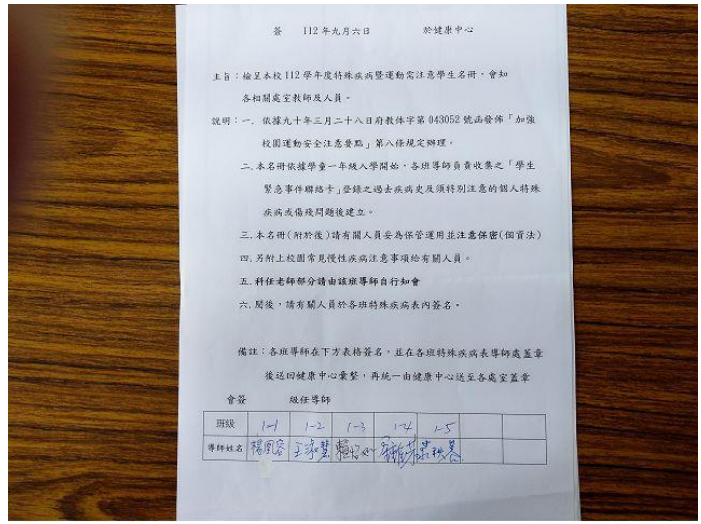
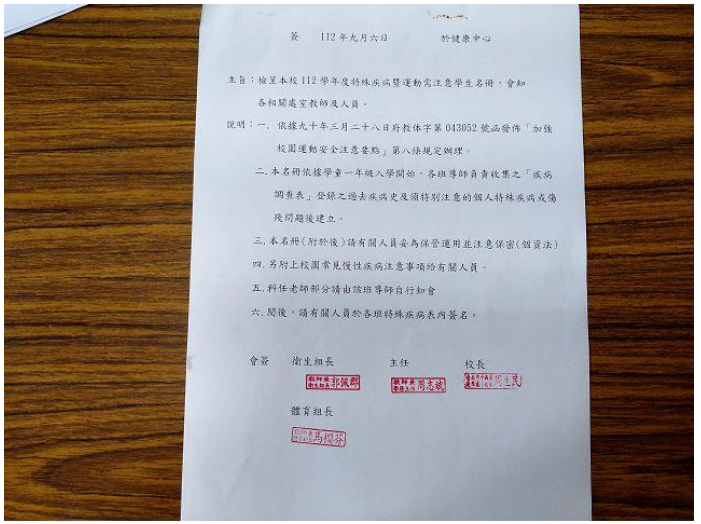
時 間	健 康 照 護 記 錄	記 錄 者
11209	轉入，通知班級老師、任課老師學童疾病史，並共同協助密切觀察學童上課狀況	
	腹痛，BT:36.2 觀察	
11303	成大複檢，目前無異狀，續觀	

護理師

衛生組長

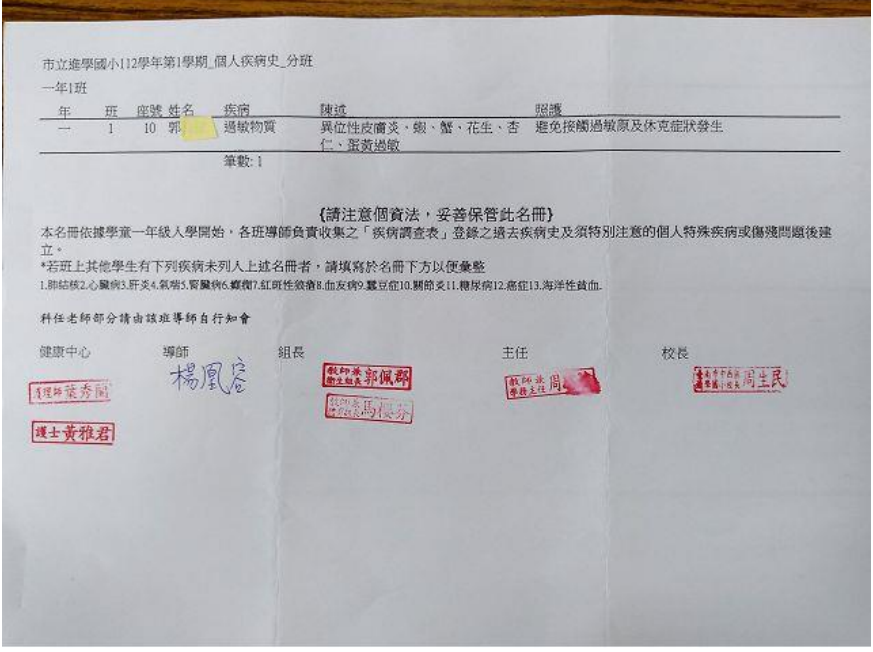
學務主任

校長



校長和行政人員簽呈核章

各學年班級老師檢視簽呈內容並核章





# 6-2-1-5 體格缺點學生追蹤矯治

青子女三年1班3號  
**視力健康檢查複檢與矯治回條**  
 目前使用補具  眼鏡  隱形眼鏡  角膜型型 → 戴鏡視力右眼 (0.6)、左眼 (0.7)  
 未使用上述補具時 (角膜型型不填)：裸視視力 右: 0.25 左: 0.25

若有異常，請打勾 (可複選)  
 1、 弱視 ( 右眼  左眼)  
 2、 屈光不正  
 數瞳： 是  否

度數：(請務必填寫下列屈光度，若角型型請填寫原物度數)  
 (1) 遠視：右眼 (-3.5) 度 左眼 (-3.0) 度  
 (2) 遠視：右眼 ( ) 度 左眼 ( ) 度  
 (3) 散光(角值)：右眼 (-2.2) 度 左眼 (-2.5) 度  
 3、其他異常 (請註明) \_\_\_\_\_

醫師建議處理  
 1、 散光散瞳劑 (阿托平 Atropine)  
 2、 短效散瞳劑  
 3、 其他藥物  
 4、 配戴矯治  
 5、 更換鏡片  
 6、 遮眼治療  
 7、 配戴隱形眼鏡 (軟式  硬式)  
 8、 角膜型型片  
 9、 視力保健衛教  
 10、 其他  
 11、 定期檢查 (醫師建議下次回診日期： 年 月 日)

眼科醫師與學校聯絡事項：  
 醫療機構名稱  醫師醫師簽章： 檢查日期 113年4月6日  
 家長聯絡事項  家長簽章：  
 學生基本資料若有錯誤請於家長聯絡事項回覆 請於1130315前交回健康中心。

視力不良通知單回條

學童視力健康檢查結果複檢通知單  
 親愛的家長：學童視力健康檢查結果顯示，視力不良，請家長協助配合醫師建議的處置。學童視力健康檢查結果顯示：視力不良，請家長協助配合醫師建議的處置。  
 (視力健康檢查結果顯示：視力不良，請家長協助配合醫師建議的處置。)

第二次通知一覽表的家長您好！  
 為了孩子視力的健康，和更好的學習狀況，再次提醒您帶孩子來眼科診所診治。  
 (回條請於 年 月 日) 若逾期已屆診，請將孩子就診的度數填在單子上，方便帶回學校健康室備查。謝謝。

隨單附送進步及標準視力檢查表，在下次兒童視力健康檢查時請帶回。發生近視的原因很多，大部分是由於長時間看近物，造成睫狀肌過度收縮而無法放鬆，長期下來，不當的調節習慣，(如：使用不當高度及近視時未受到矯正)，因此導致了睫狀肌調節力的過度消耗，家長在家庭中的管理與配合非常重要。因此，請家長協助配合醫師建議的處置，才能防止近視的發生及促進視力的改善。視力健康檢查一覽表及標準視力檢查表【及遠視】至本健康室領取，不得重複。

孩子的健康第一要務 需要家長和學校共同努力 進學國小健康中心收啟 113/04/08

學童視力健康檢查複檢與矯治回條  
 目前使用補具  眼鏡  隱形眼鏡  角膜型型 → 戴鏡視力右眼 ( )、左眼 ( )  
 未使用上述補具時 (角膜型型不填)：裸視視力 右: 左: 度

若有異常，請打勾 (可複選)  
 1、 弱視 ( 右眼  左眼)  
 2、 屈光不正  
 數瞳： 是  否

度數：(請務必填寫下列屈光度，若角型型請填寫原物度數)  
 (1) 遠視：右眼 (-3.5) 度 左眼 (-3.0) 度  
 (2) 遠視：右眼 ( ) 度 左眼 ( ) 度  
 (3) 散光(角值)：右眼 ( ) 度 左眼 ( ) 度  
 3、其他異常 (請註明) \_\_\_\_\_

醫師建議處理  
 1、 散光散瞳劑 (阿托平 Atropine)  
 2、 短效散瞳劑  
 3、 其他藥物  
 4、 配戴矯治  
 5、 更換鏡片  
 6、 遮眼治療  
 7、 配戴隱形眼鏡 (軟式  硬式)  
 8、 角膜型型片  
 9、 視力保健衛教  
 10、 其他  
 11、 定期檢查 (醫師建議下次回診日期： 年 月 日)

眼科醫師與學校聯絡事項：  
 醫療機構名稱  醫師醫師簽章： 檢查日期 年 月 日  
 家長聯絡事項  家長簽章：  
 學生基本資料若有錯誤請於家長聯絡事項回覆

視力不良通知單第二次通知 回條

健康結果矯治狀況回條  
 班級：一年5 號 學生姓名：許

建議診治類別	診察日期	醫師姓名/醫師	診察(斷)結果	矯治追蹤建議
<input type="checkbox"/> 骨科(骨科) <input type="checkbox"/> 外科			無異常	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 不需治療
<input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 眼科	112.10.20	林	已治療	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 不需治療
<input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科			無異常	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 不需治療
<input type="checkbox"/> 泌尿科 <input type="checkbox"/> 內兒科			無異常	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 不需治療
<input type="checkbox"/> 新陳代謝科			無異常	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 不需治療

家長聯絡事項：  
 請家長於一個月內就診，並將回條交回級任導師，以便完成全市健康追蹤輔導彙整工作。謝謝！

健康結果矯治狀況回條  
 班級：一年4 號 學生姓名：黃

建議診治類別	診察日期	醫師姓名/醫師	診察(斷)結果	矯治追蹤建議
<input type="checkbox"/> 骨科(骨科) <input type="checkbox"/> 外科			無異常	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 不需治療
<input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 眼科	112.10.13	林	已治療	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 不需治療
<input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科			無異常	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 不需治療
<input type="checkbox"/> 泌尿科 <input type="checkbox"/> 內兒科			無異常	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 不需治療
<input type="checkbox"/> 新陳代謝科			無異常	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 不需治療

家長聯絡事項：  
 請家長於一個月內就診，並將回條交回級任導師，以便完成全市健康追蹤輔導彙整工作。謝謝！

健檢矯治通知單回條

一年4班姓名：黃  
 親愛的家長您好：  
 此次一、四年級健康檢查中孩子有  弱視 的情形，發現沒有進一步複診，為了他的健康著想，希望您能利用時間再帶他做進一步的診察，並將檢查結果儘早轉交醫師追蹤健康中心。  
 我們衷心希望每位小朋友都能健康快樂的長大，若能早期診斷、早期治療，小朋友的童年將會更多采多姿。  
 進學國小健康中心收啟 112/11/16

回條 (請於112/11/30前交回健康中心)

一年4班姓名：黃

建議診治類別	診察日期	醫師姓名/醫師	診察(斷)結果	矯治追蹤建議
<input type="checkbox"/> 骨科(骨科) <input type="checkbox"/> 外科			無異常	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 不需治療
<input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 眼科	112.11.25	林	已治療	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 不需治療
<input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科			無異常	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 不需治療
<input type="checkbox"/> 泌尿科 <input type="checkbox"/> 內兒科			無異常	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 不需治療
<input type="checkbox"/> 新陳代謝科			無異常	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 不需治療

家長簽名：黃 112年11月25日

健檢矯治通知單第二次通知 回條

家長通知單回條  
 家長已確實看過通知內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能狀況能夠獲得改善，越來越健康。  
 青子女四年2班1號  
 家長簽章： 楊  
 家長聯絡事項：  
 學生基本資料若有錯誤請於家長聯絡事項回覆

家長通知單回條  
 家長已確實看過上述內容，並願意督促改善子女觀念與行為，使孩子的體能狀況能夠獲得改善，越來越健康。  
 青子女一年2班1號  
 家長簽章： 楊  
 家長聯絡事項：  
 學生基本資料若有錯誤請於家長聯絡事項回覆

身高、體重家長通知單回條

辨色力檢查通知單  
 親愛的家長：  
 貴子弟就讀本校一年4班5號，姓名：黃，本學期辨色力檢查結果為 **異常**，請帶貴子弟到眼科醫師處再進一步診治，並將診察處置狀況填於回條上，交由級任老師轉遞健康中心彙整，謝謝合作！  
 台南市進學國小收啟 年 月 日

回條  
 一年4班5號 姓名：黃

眼科醫師診察結果：  
 無異常  
 色盲  
 色弱  
 其他： \_\_\_\_\_

眼科醫師診所名稱： 世世代眼科診所  
 診察日期：112.9.07 日  轉遞傳件

本回條請交級任老師後，轉由健康中心彙整

辨色力異常檢查通知單



血液複檢就醫回條

四年 4 班 02 號 姓名：郭 [ ]

醫師檢查結果：B血球 136944 分類正常；血小板 32000/uL (正常)

醫師建議事項：環甲腺即引 4.5.17 台南新樓醫院

家長聯絡事項：

家長簽名： [ ] 日期：112 年 12 月 29 日

新興醫院健康中心 敬啟

---

血液複檢就醫回條

四年 3 班 01 號 姓名：廖 [ ]

醫師檢查結果：輕度貧血 常沉澱管基平衡

醫師建議事項：②三個月後再抽血追蹤檢查

家長聯絡事項：

家長簽名： [ ] 日期：113 年 1 月 1 日

新興醫院健康中心 敬啟

血液複檢就醫回條

尿液檢查回條

班級：一年4班 座號：19 學生姓名：黃 [ ]

一、醫生診療結果：  
尿液檢查：

項目	尿蛋白	尿糖	酸鹼度	潛血
檢驗結果	(-)	(-)	7.5	>+

血液生化檢查：腎異常  
診斷名稱：血尿  
治療與處置：門診追蹤

二、家長聯絡事項：  
未就醫原因：認為不需要 沒空 目前已就醫治療中

其他說明：  
家長簽章(請簽全名)： \_\_\_\_\_ 年 月 日

新興醫院健康中心 敬啟

尿液複檢就醫回條

身高不足醫療轉介通知單

親愛的家長：貴子女一年3班12號同學，經本校保健室保健師檢查發現其身高、體重有異於同儕現象，經保健室保健師初步評估，建議其家長陪同前往醫院進行進一步檢查，(若果再次被校方通知，並未獲得確定診斷書，建議回原醫院就診)，以把握治療的關鍵時機。

市立進學國小 健康中心敬啟2024年6月12日

就醫回條 徐丙定印

基本資料：  
市立進學國小電話2133807-828  
一年3班12號同學 [ ]  
身高：105.3公分 父親身高：163公分 母親身高：157公分  
就醫檢查結果(請於醫院填寫)：  
就醫醫院名稱： [ ] 就醫日期：112年12月12日  
檢查項目：內科  
身高： [ ]公分 體重： [ ]公斤  
體重： [ ]公分 肺活量： [ ]公分  
無異常 無異常 無異常 無異常

其他檢查：  
無異常 無異常 無異常 無異常

醫師建議事項：  
1. 診斷名稱：  
身材矮小 體質性矮小 肢體性矮小 生長激素缺乏  
遺傳性矮小 多骨節症 軟骨發育不全 特納氏症  
其他診斷名稱：  
家長聯絡事項：  
家長簽章： [ ]

每年追蹤檢查

身高不足醫療轉介通知單