

臺北市泉源實驗國民小學 學生緊急聯絡單

親愛的家長您好：

學生健康與否和學習效果有密切關係，且學生每年健康狀況及聯絡人通訊資料，均可能有所變動，為了便於掌握聯絡處理時效，請務必依緊急事故發生時，能即刻支援的人員，按順序詳實填寫「家長、監護人及附近親友姓名關係電話、手機號碼」與「學生資料」，謝謝您的配合！

泉源實小健康中心敬啟 115年6月

____年甲班 姓名_____座號_____ 出生日期____年____月____日

身份證字號：_____ 地址：_____

家長 或監 護人	稱謂		姓 名		電 話	公 宅
					手 機	
鄰 近 親 友	稱謂		姓 名		電 話	公 宅
					手 機	

一、 到目前為止身體狀況一切正常

二、 曾患下列疾病（並請勾選下列選項）

心臟病 蠶豆症 癲癇 血友病 過敏體質_____

糖尿病 肺結核 腦炎 疝氣 精神疾病_____

腎臟病 氣喘 重大疾病_____ 肝炎（A、B、C、D、E）

三、 上列疾病中： 已痊癒 未痊癒，目前不需治療

四、 因上述疾病，需特別注意事項：_____

五、 因先天性疾病或意外引起的缺陷或殘障：_____

經政府鑑定領有殘障手冊者：（ ）度殘字 第_____號

六、 家族疾病史：疾病名稱：_____ 患者與學童的關係：_____

七、 列舉學校附近常去就診的醫院診所：（為維護學生安全，如果學生在學校發生突發狀況，一時聯絡不到以上關係人時，緊急時可供參考運用），如未提供，緊急狀況時，本校緊急送醫—醫院為臺北榮總

醫院名稱：_____ 主治醫生姓名：_____ 電話：_____

八、 是否加入全民健保： 是 否

家長簽名：_____ 年____月____日