

健 康 檢 查 表

中文姓名				英文姓名			
體 溫		血 型		身 高		體 重	

請回答下列問題：

1) 你有配戴眼鏡嗎？	1.無 2.有	什麼時候配戴？
2) 你有用助聽器嗎？	1.無 2.有	什麼時候配戴？
3) 你有戴牙齒矯正器嗎？	1.無 2.有	什麼時候配戴？
4) 你會暈車或暈船嗎？	1.無 2.有時候	都如何處理？
5) 你會尿床嗎？	1.無 2.有	都如何處理？
6) 你會夢遊嗎？	1.無 2.有	都如何處理？
7) 請勾選下列曾經得過的疾病：	<input type="checkbox"/> 牛痘 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 盲腸炎 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 德國麻疹 <input type="checkbox"/> 鼻竇炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 耳下腺炎	
8) 你有無過敏？(食物、動物、藥物)	1.無 2.有	說明
9) 你有氣喘的毛病嗎？	1.無 2.有	都如何處理？
10) 你有動過手術嗎？	1.無 2.有	什麼手術及何時？
11) 你最近有無生病或受傷？	1.無 2.有	什麼病或何時受傷？
12) 你很容易生病嗎？	1.無 2.有	說明
13) 請寫出其他任何我們應該特別注意的狀況		
14) 請寫出你會帶來活動營的藥品：		

備 註：

2016.1.26

1. 請備用三天份感冒藥。

2. 參加者須自己保管自己的物品。

3. 藥品需要醫師標明用途，否則一概禁止在活動營使用。

4. 學校統一為孩子辦理學生集體保險，如孩子發生意外，將按規定享受保險公司的理賠，超出部分由學生家長（或其監護人）承擔，家長不再向學校提出任何要求。

5. 緊急狀況時將立刻通知監護人，若無法取得連繫時，則由活動總監督決定處理方式。

希望每位小朋友在過去四個禮拜中未感染會傳染的疾病，我們需確定小朋友可以有能力參與並可安全的完成活動營的課程。

我了解並接受以上的條文

父母/監護人簽名：

日期：_____ / _____ / _____