

致家長

為了讓孩子們快樂充實地度過學校生活，必須注意孩子們的健康。尤其是患有心臟疾病的孩子，更需特別注意健康管理。因此在健康診斷中特別注重心臟健診。此調查係為進行心臟健診時的必要資料，敬請各位協助填寫。

* 請注意：問題1～4請以圈選方式選擇，空欄則請填寫。

健診日 西元 年 月 日

學校長

學校名	年 組 號	平假名發音 姓名	性別	出生年月日 西元 年 月 日生
-----	-------	-------------	----	--------------------

問題1 最近是否有下述狀態？

- | | |
|--------------------------|----------|
| a 有時會無故發生心搏突然加速？ | (是 不是) |
| b 略做運動即想蹲下休息 | (是 不是) |
| c 運動時，心如絞痛般地感到痛苦 | (是 不是) |
| d 有時脈搏或停止 | (是 不是) |
| e 有時於靜止時或運動中、運動後暈倒 | (是 不是) |
| f 以一般速度爬梯，亦會發生心悸或喘不過氣之狀態 | (是 不是) |

問題2 是否有在醫療機關或健診時被說過「心臟不好」「有徵兆」等？

回答「是」者請繼續回答1)～4)之問題

(是 不是)

- | |
|---|
| 1) 請問被提醒之事項為？ (請圈選符合項目並紀錄詳細病名) |
| a 先天性心臟疾病 b 心律不整 c 心肌疾病 d 心雜音 e 心電圖異常 f 風濕性心臟病 |
| g 其他 病名 |
| 2) 於何時何地地被提醒？ |
| 何時 (約 歲 個月) 何地 1) 醫療機關名稱： 2) 學校檢診： 年生時 |
| 3) 之後如何處置？ |
| a 接受精確檢查後，醫師表示「無需管理」或「無異常」 醫療機關名稱： 西元 年 月 |
| b 定期接受醫療機關診療 |
| 目前的醫療機關名稱： (次/年) 通院中 管理區分： A B C D E (可禁) |
| c 無受診且未加處置 |
| 4) 有無進行心臟手術？ |
| a 有 → 最後一次手術為何時何地進行？ |
| b 無 → 約西元 年 月 醫療機關名稱： |

問題3 是否得過川崎病？

(是否)

回答「是」者請回答①～③問題

- | |
|--|
| 1) 於何時何地地被診斷？ (約為 歲 個月時) 醫療機關名稱： |
| 2) 心臟超音波檢查結果為何？ |
| a 無異常 b 暫時性冠動脈離動 c 現在仍有冠動脈病變 d 無受診 |
| 3) 現在處置方法？ |
| a 定期的接受醫療機關診療 |
| 現在醫療機關名稱： (次/年) 通院中 管理區分： A B C D E (可禁) |
| b 被診斷為需定期受診和治療，但目前無接受診療 |
| c 檢查結果為「無需管理」 約西元 年 月 醫療機關名稱： |

問題4 家人和親戚中是否有四十歲以下且因心臟病過世，或因心臟相關原因猝逝，或因不明原因猝逝者？

(有 無)

結核健康診斷問診表

記入日 西元 年 月 日

學校	年級	班	號	姓名	
----	----	---	---	----	--

對以下各問題請在相關項目處畫○。

問題內容		請給某一項目加上○	
問題 1	這個孩子過去的 2 年以內患過結核性疾病(例如, 肺浸潤, 胸膜炎或者肋膜炎, 頸部淋巴結結核)嗎?	西元 是 年 月左右	否
問題 2	這個孩子如果是過去的 2 年以內患結核了, 吃過預防藥嗎?	西元 是 年 月左右	否
問題 3	家族以及同住者中, 過去的 2 年以內有患結核的人嗎?	西元 是 年 月左右	否
問題 4	這個孩子在過去的 3 年以內, 合計超過半年在外國住過嗎?	西元 是 年 月左右	否
補充問題	*問題 4 回答為「是」者		
4-1	那是哪個國家? []		

問題 5	這個孩子, 這 2 個星期以上一直持續“咳嗽”或“吐痰”嗎?	是	否
補充問題	*問題 5 回答為「是」者		
5-1	這個孩子, 因為此次“咳嗽”或“有痰”而正在醫療機關接受治療或檢查嗎?	是	否
5-2	這個孩子被認為是患了哮喘, 哮喘性支氣管炎等嗎?	是	否

* 問題 6 祇請小學 1 年級生回答。

問題 6	這個孩子迄今為止接種過 BCG (卡介苗)嗎? 請參考母子手冊填寫。	是	否
補充問題	*問題 6 回答為「否」者		
6-1	那是因為什麼呢?	因為結核菌素反應檢查是陽性	因為其他理由

家長請不要填寫。

結核精密檢查的指示(出自校醫的觀點)	
要	不要 [理由]

(致家長) 問題 1-3 只要其中一個“是”為○的孩子, 將由保健所看本問診票的內容, 確認健康管理狀況, 敬請理解。

結核精密檢查 受診票

填寫日：西元 年 月 日

本人姓名		家長姓名	
出生年月日	西元 年 月 日	年級	年齡
地 址		電話號碼	
現在的健康狀態			
本人或者家族過去有無結核病史			
本人過去的呼吸系統疾病史			
結核菌素反應經歷	西元 年 月 日	判定	+ - (× mm)
	西元 年 月 日	判定	+ - (× mm)
	西元 年 月 日	判定	+ - (× mm)
	西元 年 月 日	判定	+ - (× mm)
BCG(卡介苗)接種疫苗經歷		有 無	
		最後接種疫苗日 西元 年 月 日	

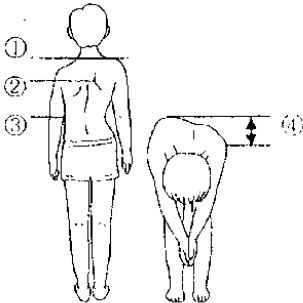
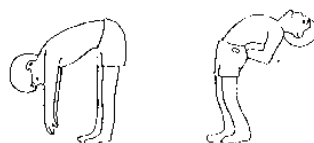
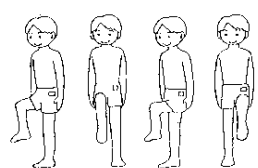

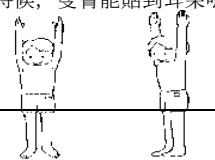
注意

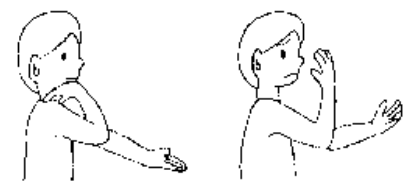
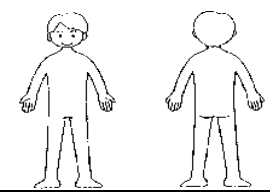
- 關於本人現在的健康狀態，有無發熱，咳嗽，痰，身體的倦怠，頭痛等，請在體檢當日明確告知。
- 結核菌素反應經歷、請填寫結核菌素注射的日期。如果有判定雙重泛紅的話，有關它的內徑，如果有水泡等的話，也請填寫該內容。
- 關於 BCG(卡介苗)接種疫苗經歷，BCG 接種疫苗日，有關嬰幼兒期請參照母子手冊。
- 請在檢查當天帶上這張受診票和母子手冊。

肌肉骨骼檢查診斷保健調查表

年級 班 號 姓名 男 · 女

※致家長...請只填寫粗線內的部分。在相關項目的號碼上畫○。

現在正從事的運動(包括芭蕾舞, 舞蹈在內): 沒有, 有(運動名) 運動經歷 年		
1) 關於脊柱側彎症	家長填寫欄	檢診時填寫欄
	四個檢查要點 ① 兩肩膀的高度有差別 ② 兩肩胛骨的高度、位置有差別 ③ 左右脇線的彎曲程度有差別 ④ 向前彎腰時左右的背面的高度有差別	【有無異常】 有
2) 如果注意到有以下情況的時候, 請在相關項目的號碼上畫○。		
伸展身體, 或彎腰的時候, 腰有痛疼嗎? 	【彎腰】 ① 不痛 ② 痛 【伸展】 ① 不痛 ② 痛	【有無異常】 有
單腿站著超過 5 秒 (請左右交替進行) 單腿站著時, 身體有傾斜, 或搖晃嗎? 	【左腿站立】 ① 無異常 ② 搖晃 ③ 無法站立 【右腿站立】 ① 無異常 ② 搖晃 ③ 無法站立	【有無異常】 有
蹲下來 腳底能全貼在地上, 且完全蹲下來嗎? 	① 能蹲下 ② 不能蹲下	【有無異常】 有
舉起雙臂的時候, 雙臂能貼到耳朵嗎? 	左臂 ① 貼到 ② 貼不到 右臂 ① 貼到 ② 貼不到	【異常所見】 あり

在手掌向上伸出手臂時, 有沒有不能完全伸直, 或者不能完全彎曲(手指摸不到肩膀)嗎? 	左肘 ① 無異常 ② 不能完全彎曲 ③ 不能完全伸直 右肘 ① 無異常 ② 不能完全彎曲 ③ 不能完全伸直	【有無異常】 有
3) 對身體的各部位有什麼擔心的嗎?		
關於骨頭、關節、肌肉等, 在有症狀的部位畫○, 並請具體地寫下其症狀。 	【症狀】	【有無異常】 有
4) 其他如有在身體以及手、腳部位有擔心的話, 請在此自由填寫。		
5) 現在, 關於上述問題的項目正在治療中。 否 · 是(疾病名)		

※以下欄目請不要填寫。
 【 精密檢查的指示 有 · 無 】

檢診結果通知單

西元 年 月 日

致家長 _____ 校長 _____

肌肉骨骼檢診的結果, 建議接受整形外科醫生的精密檢查。
 請按如下填寫接受診斷的結果, 並請向學校呈示。
 * 在接受診斷時, 請一定帶上這個肌肉骨骼檢查診斷保健調查表和保險證(如有的話)。

診斷結果

診斷名稱 ()
 今後的指導等 ()
 西元 年 月 日
 診斷醫生姓名