

## 彰化縣學生健康檢查身體診察【立即轉診建議單】

學校名稱	彰化縣 _____ 國民（小、中）學
班級、座號	_____年 _____班，座號 _____號
姓名	
檢查日期	_____年_____月_____日
病名	
建議轉診科別	<input type="checkbox"/> _____ 診所 <input type="checkbox"/> _____ 醫院 _____ 科
醫師蓋章	

承辦單位：彰化縣醫師公會 04-7234284

※檢查日期 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

### 彰化縣學生健康檢查立即轉診回條

班級：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_班 \_\_\_\_\_號 學生姓名 \_\_\_\_\_

建議轉診科別	就診日期	醫療院所名稱	診斷（療）結果	備註
<input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 醫院      科			<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，治療情形： <input type="checkbox"/> 已矯治 <input type="checkbox"/> 定期追蹤其他治療及建議：	
<input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 醫院      科			<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，治療情形： <input type="checkbox"/> 已矯治 <input type="checkbox"/> 定期追蹤其他治療及建議：	
<input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 醫院      科			<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，治療情形： <input type="checkbox"/> 已矯治 <input type="checkbox"/> 定期追蹤其他治療及建議：	

請於 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日前完成複查繳回

家長聯絡事項：

家長簽名： \_\_\_\_\_ 彰化縣政府教育處/彰化縣醫師公會 敬啟

備註：1.本表一式二聯，第一(白聯)由學生帶回給家長，第二聯(黃聯)學校留存。