

彰化縣 113 學年度國中學生血液檢查異常複診通知單

親愛的家長，您好：

貴子女在校接受學生血液檢查，經彰化縣醫師公會學生健康檢查部醫師判斷需複診追蹤，為了解貴子女健康狀況，請家長撥空帶貴子女到就近或熟悉的醫療院所複檢，以維護貴子女的健康。

※註：複檢時請攜帶本通知單、尿液複檢報告單、血液檢驗報告單就診，並請醫師詳細填寫診療結果後，於_____前將此單交回健康中心。謝謝！

健康中心 敬上

請勿撕開

請勿撕開

學生血液檢查 醫師複診回條

學校：_____

班級：_____年_____班 座號：_____ 姓名：_____ 性別：_____

血液檢查結果異常項目：

健檢醫師總評建議：

醫師 複診 結果	◎就診日期：_____年_____月_____日
	◎就診醫療院所/科別：_____ 檢查項目：_____
	◎就診結果：
	<input type="checkbox"/> 無異狀
	<input type="checkbox"/> 有異狀，診斷名稱：_____
	處理情形： <input type="checkbox"/> 矯治完成 <input type="checkbox"/> 矯治中，治療情形：_____
<input type="checkbox"/> 其他：_____	
醫師建議：_____	
<input type="checkbox"/> 未就診，原因：_____	

家長簽名：