臺北市私立育達高中　　學年度第　學期

罹患特殊疾病學生調查表　（送健康中心）

班級	座號	姓名	性別	出生日期	疾病名稱	就診醫院	聯絡人電話	備註

註記

一、凡罹患特殊疾病(氣喘、心臟病、小兒麻痺、聽障、癲癇、習慣性骨折、脫臼、神經性胃炎、慢性胃炎、膀胱炎、血管病變、貧血、異位性皮膚炎、甲狀腺腫大、脊椎側彎、B 型肝炎、視網膜病變、紅斑性狼瘡、肺結核、糖尿病、氣胸、威爾遜氏病等)之學生皆請詳實登錄。

二、本表一式兩份，一份送至健康中心，一份導師自存。

繳交日期：　　年　月　日 繳交地點：健康中心　連絡人：鄭國英小姐

導師簽章：　　年　　月　　日

臺北市私立育達高中　　學年度第　學期

罹患特殊疾病學生調查表　　（導師自存）

班級	座號	姓名	性別	出生日期	疾病名稱	就診醫院	聯絡人電話	備註

註記

一、凡罹患特殊疾病(氣喘、心臟病、小兒麻痺、聽障、癲癇、習慣性骨折、脫臼、神經性胃炎、慢性胃炎、膀胱炎、血管病變、貧血、異位性皮膚炎、甲狀腺腫大、脊椎側彎、B 型肝炎、視網膜病變、紅斑性狼瘡、肺結核、糖尿病、氣胸、威爾遜氏病等)之學生皆請詳實登錄。

二、本表一式兩份，一份送至健康中心，一份導師自存。

導師簽章：　　年　　月　　日