



才俊學校
Choi Jun School

沙田顯泰街2號

2, Hin Tai Street, Shatin, N.T., H.K.

Tel: 2608 2677

Fax: 2608 2727

website: www.choijun.edu.hk

通告第 003/2023-24 號

有關填寫「學生健康調查表格」事宜

敬啓者：為讓學校掌握學生最新的健康狀況，請家長填寫「學生健康調查表」，以便校方對 貴子女提供適切的關注及照顧。

如有任何查詢，請與本校校護聯絡(電話號碼:2608 2677)。

此致

貴家長



校長

啟

(梁飛農)

二零二三年九月四日

2023-24 年度 健康調查

學生姓名: (中) _____ (英) _____

出生日期: _____ 證件號碼: _____

出生地點: _____ 抵港日期: _____

請家長填寫以下資料: (在適當項目加上)

A. 過往病歷 及 現時病患:

智力遲緩 Intellectual Disability: 輕度 mild 輕中度 mild to moderate

自閉症 Autism Spectrum Disorder

專注力失調及過度活躍症 Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

先天性心臟病

唐氏綜合症

威廉氏綜合症

Congenital Heart Disease

Down's Syndrome

Williams Syndrome

濕疹 Eczema

六磷酸葡萄糖去氫酵素缺乏症

情緒病 Mental Disorder

牛皮癬 Psoriasis

G6PD Deficiency

請註明: _____

哮喘 Asthma

腎病 Renal Disease

糖尿病 Diabetes Mellitus

鼻敏感 Allergic Rhinitis

腦癇症 Epilepsy

地中海貧血 Thalassemia

曾做過的手術 請註明: _____

其他 _____

B. 食物敏感:

沒有 有 (請列明) _____

C. 藥物敏感:

沒有 有 (請列明) _____

D. 視覺障礙:

左眼

- 正常
- 近視 度數 _____
- 遠視 度數 _____
- 散光 度數 _____
- 斜視
- 失明
- 其他 _____

右眼

- 正常
- 近視 度數 _____
- 遠視 度數 _____
- 散光 度數 _____
- 斜視
- 失明
- 其他 _____

E. 聽覺障礙:

左耳

- 正常
- 弱聽 程度 _____
- 失聰
- 其他 _____

右耳

- 正常
- 弱聽 程度 _____
- 失聰
- 其他 _____

F. 現服藥物：

藥物名稱	次數 (例如：早晚各一次)	每次劑量

G. 覆診/治療資料：

覆診醫院/機構	專科名稱 (例如：兒科)	下次覆診日期

- 物理治療
- 職業治療
- 言語治療

H. 有關體育活動資料：

- 同意上體育課 但需特別留意 _____
- 不同意上體育課，因為 _____

家長簽署： _____

家長姓名： _____

聯絡電話： _____

日 期： _____