**學生緊急事件聯絡卡**

**班級：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 學生 姓名 |  | | 號碼 |  | 生日 |  | | 性別 |  | 身份證號 |  |
| 血型 |  | 住家電話 |  | | 住址 |  | | | | | |
| 緊急聯絡人 | 關係 | 姓名 | | 電話或手機1 | | | 電話或手機2 | | | 電話或手機3 | |
|  |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | | |  | |
| 個人疾病 | □到目前為止身體狀況一切正常  □曾患過下列疾病嗎？ □01心臟病　□05蠶豆症　□09癲癇　□12過敏物質 □02糖尿病　□06肺結核　□10腦炎　□13重大手術 □03腎臟病　□07氣　喘　□11疝氣　□14精神疾病 □04血友病　□08肝炎(A、B、C、D、E)　 □15其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(請註明) | | | | | | | | | | |
| 經常服用的藥物：　　　　　　□無 | | | | | | ◎需特別注意的個人特殊疾病或傷殘問題： | | | | |
| 曾經過敏的藥物：　　　　　　□無 | | | | | |
| 易過敏物質：　　　　　　　　□無 | | | | | |
| 漱口水 | ◎是否同意貴子弟每週使用含氟漱口水？□同意　　□不同意  ◎學校實施含氟漱口水在歐美、日本已行之有年，且證實具有降低蛀牙率達30~50％以上。 | | | | | | | | | | |
| 備註：1.上述資料已據實填寫。 2.當孩子生緊急傷病，如聯絡不到本人時，請聯絡上列親友。 3.如聯絡不到本人及上列親友時，請學校權宜處理。 | | | | | | | | | | | |

家長簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿　　　　　　　　　　103年＿＿月＿＿日