

※請家長或老師協助完成紅框內資料的填寫 桃園市「兒童整合性健康服務」勞務採購案報告單

壹、基本資料

就學就讀： 幼兒園 (大班 中班 混齡班) 未就讀幼兒園

檢查地： 區 區 區 區 區 區 區

姓名： 男 女 性別： 男 女 身分證字號： 生日：年月日 (歲)

聯絡電話：(1) (2)

戶籍地址： (市/縣) (區/鄉/鎮/市) 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓

現住地址： (市/縣) (區/鄉/鎮/市) 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓

疾病史： 無 有：

貳、檢查資料

身高： 公分 體重： 公斤

報告發放日期： 年 月 日

健康檢查日期： 年 月 日

◆發展篩檢(適齡兒童發展檢核表)： 初篩無異狀 篩檢表異常，轉介醫師

範
本

檢查或處置項目	檢查或處置結果 (請打勾)	請勾選 (單選)	健檢人員蓋職章
體格生長	<input type="checkbox"/> 體重過輕 <input type="checkbox"/> 體重過重 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/> (單選)	<input type="checkbox"/> 有異狀 <input type="checkbox"/> 不需就診 <input type="checkbox"/> 無異狀	
發展	<input type="checkbox"/> 發展檢核異常，請說明：檢核表第 <input type="text"/> 項， <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 有異狀 <input type="checkbox"/> 不需就診 <input type="checkbox"/> 無異狀	
眼睛	<input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/> (可複選)	<input type="checkbox"/> 有異狀 <input type="checkbox"/> 不需就診 <input type="checkbox"/> 無異狀	
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <input type="checkbox"/> 耳道畸形 <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 唇齶裂 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管 <input type="checkbox"/> 耳聾 <input type="checkbox"/> 耳鳴 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/> (可複選)	<input type="checkbox"/> 有異狀 <input type="checkbox"/> 不需就診 <input type="checkbox"/> 無異狀	
頭頸	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/> (可複選)	<input type="checkbox"/> 有異狀 <input type="checkbox"/> 不需就診 <input type="checkbox"/> 無異狀	
胸部	<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 呼吸異常 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/> (可複選)	<input type="checkbox"/> 有異狀 <input type="checkbox"/> 不需就診 <input type="checkbox"/> 無異狀	
腹部	<input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 疝氣 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/> (可複選)	<input type="checkbox"/> 有異狀 <input type="checkbox"/> 不需就診 <input type="checkbox"/> 無異狀	
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 疝氣 <input type="checkbox"/> 隱睾(男) <input type="checkbox"/> 陰囊腫大(男) <input type="checkbox"/> 包皮異常(男) <input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/> (可複選)	<input type="checkbox"/> 有異狀 <input type="checkbox"/> 不需就診 <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 不同意執行	
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 多併 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/> (可複選)	<input type="checkbox"/> 有異狀 <input type="checkbox"/> 不需就診 <input type="checkbox"/> 無異狀	
皮膚	<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/> (可複選)	<input type="checkbox"/> 有異狀 <input type="checkbox"/> 不需就診 <input type="checkbox"/> 無異狀	
視力檢查 【4歲以上】	<input type="checkbox"/> 裸眼視力：左眼： <input type="text"/> 右眼： <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 矯正後：左眼： <input type="text"/> 右眼： <input type="text"/> (裸視與矯正 2 擇 1) <input type="checkbox"/> 未通過： <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 雙眼視差 2 行以上 ◆辨色力： <input type="checkbox"/> 異常 ◆NTU 亂點立體圖： <input type="checkbox"/> 立體感未通過 <input type="checkbox"/> 不會看	<input type="checkbox"/> 有異狀 <input type="checkbox"/> 不需就診 <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 免做	
聽力	◆測試音頻 500-4000Hz ◆聽力篩檢環境噪音： <input type="text"/> dB(60dB 以下) 聽力未通過： <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 未完成 <input type="checkbox"/> 其它： <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 有異狀 <input type="checkbox"/> 不需就診 <input type="checkbox"/> 無異狀	
口腔檢查	(1) <input type="checkbox"/> 幼兒早期性齲齒(奶瓶性蛀牙) (2) 齲齒：乳牙 <input type="text"/> 顆；恆牙 <input type="text"/> 顆 (3) 填補：乳牙 <input type="text"/> 顆；恆牙 <input type="text"/> 顆 (4) 乳牙缺牙： <input type="text"/> 顆 (5) 待拔牙： <input type="text"/> 顆 (6) 恆牙已長出： <input type="text"/> 顆 (7) 其他異常： <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/> ◆請標示牙齒狀況 0 齲齒 X 缺牙 △ 已矯治/待拔牙	<input type="checkbox"/> 有異狀 <input type="checkbox"/> 不需就診 <input type="checkbox"/> 無異狀 氟漆種類： <input type="checkbox"/> 1. Duraphat Dental Suspension-5% Sodium Fluoride(2.26% Fluoride) Colgate <input type="checkbox"/> 2. Standard-Fluor Dental Gel-(2.4% Fluoride) Denmate <input type="checkbox"/> 3. ProFluorid Varnish-5% Sodium Fluoride(2.26% Fluoride) Voco <input type="checkbox"/> 4. Clinpro Sodium Fluoride White Varnish(5% Sodium Fluoride) 3M ESPE <input type="checkbox"/> 5. Flour Protector Ivoclar Vivadent(0.1% Fluoride) <input type="checkbox"/> 6. "Centrix" Fluorodose 5% Sodium Fluoride Varnish <input type="checkbox"/> 7. 其他 <input type="text"/>	
牙齒塗氟	(1) <input type="checkbox"/> 本次接受免費牙齒塗氟 (2) 下次可免費牙齒塗氟日期 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 無 (3) <input type="checkbox"/> 非符合免費牙齒塗氟兒童 (無家長同意書 <input type="checkbox"/> 無健保 IC 卡 <input type="checkbox"/> 超過 6 歲 <input type="checkbox"/> 未間隔半年) 氟漆塗完後注意事項： 1. 牙齒表面會有薄薄一層淡黃色氟漆黏附。 2. 半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。 3. 當天不要刷牙與進食粗糙食物。	<input type="checkbox"/> 有異狀 <input type="checkbox"/> 不需就診 <input type="checkbox"/> 無異狀	
醫師總評	<input type="checkbox"/> 無異狀不需轉介 <input type="checkbox"/> 塗氟追蹤管理 <input type="checkbox"/> 有異狀，需進一步就診(複選)： <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 小兒科/耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 疑似發展異常(小兒科/復健科/心智科) <input type="checkbox"/> 其它： <input type="text"/>	醫師職章： <input type="text"/>	

黃色框由醫療單位當天填寫

◆檢查異常者，請家長帶至合格醫療院所，做進一步的檢查，並將矯治回條繳回學校或原檢查醫療院所，謝謝！

桃園市兒童整合性健康服務異常矯治回條

須就診，建議家長二週內至醫療院所複檢，並將回條交給老師(未就學兒童請交回原檢查醫療院所)，以便追蹤貴子弟健康情形，謝謝！

就讀： 幼兒園 班 姓名：

※請家長或老師協助完成紅框內資料的填寫

複檢科別	日期	就診院所核章	複檢醫師核章	就診結果	矯治追蹤建議
<input type="checkbox"/> 牙科				<input type="checkbox"/> 複檢無異狀或不需治療 <input type="checkbox"/> 已痊癒 <input type="checkbox"/> 矯治中(單選)	
<input type="checkbox"/> 小兒科/耳鼻喉科				<input type="checkbox"/> 複檢無異狀或不需治療 <input type="checkbox"/> 已痊癒 <input type="checkbox"/> 矯治中(單選)	
<input type="checkbox"/> 疑似發展異常 (小兒科/復健科/心智科)				<input type="checkbox"/> 複檢無異狀或不需治療 <input type="checkbox"/> 已痊癒 <input type="checkbox"/> 矯治中(單選)	
<input type="checkbox"/> 眼科				<input type="checkbox"/> 複檢無異狀或不需治療(填此項不得填其他項)(下列可複選) <input type="checkbox"/> 弱視： <input type="checkbox"/> 雙眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 矯正視力 0.5 以下 <input type="checkbox"/> 斜視： <input type="checkbox"/> 內斜 <input type="checkbox"/> 外斜 <input type="checkbox"/> 上下斜 <input type="checkbox"/> 其他斜視 <input type="checkbox"/> 單眼斜視 <input type="checkbox"/> 屈光不正：(需散瞳) <input type="checkbox"/> 近視： <input type="checkbox"/> 雙眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 二百度以上 <input type="checkbox"/> 遠視： <input type="checkbox"/> 雙眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 三百度以上 <input type="checkbox"/> 散光(≥75度)： <input type="checkbox"/> 雙眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> ≥200度 <input type="checkbox"/> 雙眼不等視(指球面度數或散光度數兩眼相差≥100度) <input type="checkbox"/> 雙眼不等視≥200度 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 配鏡治療 <input type="checkbox"/> 遮眼治療 <input type="checkbox"/> 藥物治療 <input type="checkbox"/> 手術治療 <input type="checkbox"/> 定期追蹤 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/> (可複選)
<input type="checkbox"/> 其它： <input type="text"/>				<input type="checkbox"/> 複檢無異狀或不需治療 <input type="checkbox"/> 已痊癒 <input type="checkbox"/> 矯治中(單選)	
<input type="checkbox"/> 塗氟追蹤管理			(請家長填寫)	<input type="checkbox"/> 塗氟後無不良反應 <input type="checkbox"/> 塗氟後 3 日內有噁心嘔吐 <input type="checkbox"/> 其他	

※請複檢醫師及院所於就診院所及複檢醫師欄核章※

家長簽章： 日期：