

長榮大學特殊疾病治療問卷表

編號：_____

姓名		學號	
家長手機		聯絡手機	
家裡電話		住宿電話	
住宿情形	<input type="checkbox"/> 家裡 <input type="checkbox"/> 宿舍 <input type="checkbox"/> 租屋 地址：_____		
個人病史	<input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 癌症： <input type="checkbox"/> 重大傷病：_____ <input type="checkbox"/> 精神疾病：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ 請問您於上面表格勾選的病史資料，是否經醫師確診過？ <input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否、 <input type="checkbox"/> 聽父母說		
主要診療醫院	_____		
初次發病年齡與治療經過	_____		
目前治療情形	<input type="checkbox"/> 已痊癒 <input type="checkbox"/> 正接受治療 <input type="checkbox"/> 未痊癒，不需回診治療、密切觀察即可 <input type="checkbox"/> 未痊癒，不想服藥治療		
上次發作時間	<input type="checkbox"/> 無發作問題 <input type="checkbox"/> 不記得 <input type="checkbox"/> 三個月前 <input type="checkbox"/> 半年前 <input type="checkbox"/> 一年前		
時常復發	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 常常		
服藥狀況	依醫囑固定時間服藥？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____天_____次，一次_____顆。藥物名稱是：_____ <input type="checkbox"/> 我有按時服用藥物，目前病情控制穩定。 <input type="checkbox"/> 我常會忘記服藥 <input type="checkbox"/> 我不喜歡服用藥物，所以沒有症狀就會自行停藥。 <input type="checkbox"/> 我不需要服藥。		
緊急發作用藥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，藥物名稱是：_____，劑量：_____ 使用方式：_____ <input type="checkbox"/> 注射，一天_____次(早午晚) <input type="checkbox"/> 口服，一天_____次(早午晚)		
複診/拿藥時間	<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每個月 <input type="checkbox"/> 每三個月 <input type="checkbox"/> 半年 <input type="checkbox"/> 一年 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
定期住院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，做的治療有：_____		
就您的診斷而言，請問您有因此而手術？	<input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有 (請續答 1-4 項) 1. 手術名稱：_____ 2. 手術部位？_____ 3. 手術時年齡？_____歲 4. 是否因此而有後遺症？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，後遺症是：_____		
期待提供何種健康服務	對老師或是學校校園生活，需特別注意事項如：_____ _____		
其他備註說明	_____		