

# 長榮大學特殊疾病個案管理紀錄表

基本資料					
姓名		系所/班級		學號	
電話	自宅： 手機：				
住宿情形	<input type="checkbox"/> 家裡 <input type="checkbox"/> 宿舍 <input type="checkbox"/> 外宿 · 地址：				
緊急聯絡人	姓名		關係	電話	(自宅)
					(手機)
疾 病 史					
一、疾病名稱： <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"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 癌症：_____ <input type="checkbox"/> 重大傷病：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____					
二、發病史： <input type="checkbox"/> 出生即有 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
三、長期用藥： <input type="checkbox"/> 有：(藥物名)_____ <input type="checkbox"/> 無					
四、就醫狀況： <input type="checkbox"/> 從未就醫 <input type="checkbox"/> 身體不適時(發作時)就醫 <input type="checkbox"/> 定期就醫					
健 康 輔 導 紀 錄					
輔導日期	訪談紀錄				記錄者
第一次 年 月 日 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 電子郵件					
第二次 年 月 日 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 電子郵件					
第三次 年 月 日 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 電子郵件					
第四次 年 月 日 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 電子郵件					
結案	結案日期：_____，原因：_____				主 管 簽 章：