

## 幼兒健康狀況資料及緊急傷病暨送醫委託書調查表

幼兒姓名：\_\_\_\_\_ 血型：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_ 生日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

父親姓名：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_

母親姓名：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_

為使教保服務品質提高，請提供下列資料：

### 幼兒的身體狀況

1. 有無過敏體質：無 有，何種狀況：\_\_\_\_\_
2. 過敏類別：食物：\_\_\_\_\_ 藥品：\_\_\_\_\_
- 動物：\_\_\_\_\_ 花粉 塵蟎 其他：\_\_\_\_\_
3. 有無下列疾病或狀況：無 有(氣喘 癲癇蠱豆症 心臟病 蕁麻疹  
慢性支氣管炎 異位性皮膚炎 熱性痙攣慢性中耳炎 唐氏症早產  
腦性麻痺發展遲緩 自閉症過動 聽障 視障 其他：\_\_\_\_\_)
4. 特殊飲食習慣：無 有\_\_\_\_\_
5. 曾接受外科手術：無 有(病名：\_\_\_\_\_，照護須注意事項：\_\_\_\_\_)
6. 其他應注意的健康狀況：\_\_\_\_\_

### 幼兒緊急就醫醫院

因貴子弟就讀本園所期間，若因疾病或發生意外事故，**需緊急就醫**，**若無法立即聯絡到您，或因路途遙遠無法即時趕到現場處理之情況下**，委託本園代為處理並送往最近之健保醫療院所（區域型醫院以上）就醫診治，本園所相關人員將儘速告知家屬處理結果。

不指定就醫之醫院，緊急情況將依 119 緊急醫療機制，就近送往最近之健保特約醫療院所（區域型醫院以上）

指定就醫之醫院：

醫院：\_\_\_\_\_ 地址：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_ 主治醫師：\_\_\_\_\_

### 緊急聯絡人

優先聯絡\_\_\_\_\_；與幼兒關係為\_\_\_\_\_，電話\_\_\_\_\_。

第二順位\_\_\_\_\_；與幼兒關係為\_\_\_\_\_，電話\_\_\_\_\_。

第三順位\_\_\_\_\_；與幼兒關係為\_\_\_\_\_，電話\_\_\_\_\_。

其他特別的叮嚀：\_\_\_\_\_

以上同意委託

此致 臺中市立南屯幼兒園

幼兒父母或監護人簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日