学生健康情况调查表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 班级 |  | 家庭电话 |  |
| 家庭详细地址 | | | | | |
| 身体健康状况 | | 健康 是（ ）否（ ）  选择否的同学请继续向下填写 | | | |
| 特 殊 体 质 登 记 表 | | | | | |
| 名称 | 身体状况 | 名称 | 身体状况 | 名称 | 身体状况 |
| 心脏病 |  | 血液病 |  | 软骨病 |  |
| 哮喘 |  | 血友病 |  | 肝炎 |  |
| 糖尿病 |  | 癫痫 |  | 肺结核 |  |
| 肾脏病 |  | 疝气 |  | 高血压 |  |
| 肿瘤部位 |  | 肢体残障部位 | |  | |
| 过敏物质 |  | 曾经骨折部位 | |  | |
| 其他 |  | 曾经手术开刀部位 | |  | |
| 您的孩子不宜参加的学校活动有 |  | | | | |
| 学生需紧急送医院时，是否有指定医院？如有，指定医院为 （ ）（空白视作无指定医院），如未指定特殊医院，为在紧急情况下争取抢救时间，本校将视作家长授权学校，由学校决定授权送诊医院。 | | | | | |
| 学生紧急状态下信息联络表 | | | | | |
| 联系人 | 手机号码1 | 手机号码2 | 家庭电话 | 办公电话 |  |
| 父亲 |  |  |  |  |  |
| 母亲 |  |  |  |  |  |
| 亲友1 |  |  |  |  |  |
| 亲友2 |  |  |  |  |  |

注：1：联系号码尽可能多些并务必真实有效，如有改动请及时告知班主任

2：请务必如实填写，如需学校保密，请注明。