

表單填寫說明 1-12均須繳回

20220829

臺北市北投區文化國民小學 緊急聯絡卡

班 級	一年七班 8 號	四年 班 號	姓 名		姓 名	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	二年 班 號	五年 班 號			出 生	年 月 日	
	三年 班 號	六年 班 號			身 份 證		
住址					血 型	型	
緊 急 聯 絡 電 話	關 係	姓 名	聯 絡 電 話		如發生意外傷害需緊急送醫 ，指定醫院順序為：		
	爸 爸		(家中)				
			(公司)				
			(手機)				
	媽 媽		(家中)		1		
			(公司)		2		
(手機)			3				
附 記	(一)電話、地址有異動時，應迅速通知級任老師				兄 弟 姊 妹 班 級 姓 名		
	(一)學生有無藥物過敏： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				年 班：		
	(三)特殊疾病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				年 班：		

文化國小新冠疫苗、確診調查

年 班 號 姓名：

	疫苗名稱	日期
第一劑	<input type="checkbox"/> 莫德納 <input type="checkbox"/> BNT <input type="checkbox"/> 其它_____	年 月 日
第二劑	<input type="checkbox"/> 莫德納 <input type="checkbox"/> BNT <input type="checkbox"/> 其它_____	年 月 日
第三劑	<input type="checkbox"/> 莫德納 <input type="checkbox"/> BNT <input type="checkbox"/> 其它_____	年 月 日
曾確診		年 月 日



臺北市北投區文化國民小學 111 學年度上學期午餐通知及繳費方式調查表 (一、二年級)

親愛的家長您好：

請依貴子弟本學期用餐的方式及天數，在 () 及 打 打 。孩子如果有參加學校課後班，也請一併考慮進去。

一、() 參加營養午餐(利用三聯單期初繳費)

1. 葷食 素食 (請勾選葷素)

2. 用餐天數(請勾選一項)

用餐勾選	用餐星期	總天數	每餐費用	應繳費用
<input type="checkbox"/> a. 每週一天	星期二	21	55 元	1155 元
<input type="checkbox"/> b. 每週兩天	星期二三	42	55 元	2310 元
<input type="checkbox"/> c. 每週兩天	星期二五	40	55 元	2200 元
<input type="checkbox"/> d. 每週三天	星期二三五	61	55 元	3355 元
<input type="checkbox"/> e. 每週三天	星期一二四	58	55 元	3190 元
<input type="checkbox"/> f. 每週四天	星期一二三四	79	55 元	4345 元
<input type="checkbox"/> g. 每週四天	星期一二四五	77	55 元	4235 元
<input type="checkbox"/> h. 每週五天	星期一二三四五	98	55 元	5390 元

二、() 自己帶便當

三、() 家長送便當

備註：

1. 勾選完畢請於 9 月 6 日 (二) 前繳交給級任老師。
2. 勾選參加營養午餐者將由級任老師發下繳費三聯單。
3. 已經繳費者，凡符合營養午餐退費申請表所列之退費規定，皆可以透過級任教師協助，或填寫線上表單，於退餐三天前 (不含例假日) 向本校學務處午餐幹事提出退費申請。



午餐退費申請表

學生：___年___班 座號___ 姓名：_____

學生家長簽名：_____

備註：

一、總用餐時間：08/30 (星期二) ~1/19 (星期四/期末最後一天用餐)

- 111. 08. 30(二) 正式供餐
- 111. 09. 09(五) 中秋節補假一天
- 111. 10. 10(一) 國慶日放假一天
- 111. 11. 19(六) 體育表演會
- 111. 11. 21(一) 體育表演會補假一天
- 112. 01. 02(一) 元旦補假一天
- 112. 01. 07(六) 補行上班上課 (補 01. 20(五) 調整放假，課後班不上課)
- 112. 01. 19(四) 休業式(課後班不上課)
- 112. 01. 20(五) 調整放假

1. 勾選參加營養午餐者，記得勾選葷素
2. 未參加課後班、社團者，只需考量星期二是否訂餐。
3. 報名課後班、社團者請一併考慮訂餐天數
4. 開學後才加選課後班、社團者，第二周才開始上課喔

裝訂

臺北市文化國小111學年度第1學期學校安心就學溫馨輔導計畫申請 no.

姓名：

◎家長簽名：

申請補助(請續填下表), 9月5日(一)上午8點前送交導師
 無申請需求(免填下表)

申請人(學生)姓名	身分證統一編號	出生日期 年 月 日	班級座號(例: 1101)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
家長(監護人)姓名	身分證統一編號	稱謂	監護人簽章	聯絡電話
請勾選身分別				
低收入戶	學生應備證明文件 請繳交111年度1月新證明文件(低收入戶證明書、總清查結果通知書、台北通APP 低收入戶及中低收入戶福利註記畫面截圖等)。			
中低收入戶	請繳交111年度1月新證明文件(低收入戶證明書、總清查結果通知書、台北通APP 低收入戶及中低收入戶福利註記畫面截圖等)。			
突遭變故、 家庭情況特殊 (附左列其中一項 文件即可)	<input type="checkbox"/> A. 六個月內家長或主要收入者失業、受裁員、無薪假或失能。 (檢附離職或定期契約證明文件及國民身分證證明) <input type="checkbox"/> B. 六個月內家庭遭逢重大災難。 <input type="checkbox"/> C. 「特殊境遇家庭」或領有「弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助」者。 (請附社會局核定函) <input type="checkbox"/> D. 本人或父母(監護人)或同戶人口領有「身心障礙者生活補助」者。 (請附社會局扶助金核撥函) 父母(監護人)或同戶人口領有「中低收入老人生活津貼」。(須檢具社會局扶助金核撥函, 非國民年金) <input type="checkbox"/> E. 父母(監護人)或同戶人口領有「中低收入老人生活津貼」者。 (請附社會局扶助金核撥函, 非國民年金) <input type="checkbox"/> F. 家庭情況特殊無法檢具相關證明者請洽註冊組領取書面申請表 28933828*6112。			
家戶年所得在30萬元以下(不含家戶年利息收入, 但年利息收入應低於2萬元以下)	1. 戶口名簿(甲式)影本或戶籍謄本影本 2. [父與母]之110年度綜合所得資料清單各1份; 監護人非父母者, 應備齊有[學生監護權]之戶口名簿(甲式)或戶籍謄本, 以及[監護人]之綜合所得資料清單各1份 ※家戶年所得收入()元, 利息所得()元			
原住民	戶口名簿(甲式)影本或戶籍謄本影本			
軍公教遺族	※證明文件名稱： 如：卸亡給與令、撫卹令、傷殘撫卹令、年撫卹助(卸)金證書等		<input type="checkbox"/> 教科書費(限因公死亡) 身分別： <input type="checkbox"/> 全公費 <input type="checkbox"/> 半公費不支領主食費 申請項目： <input type="checkbox"/> 書費 <input type="checkbox"/> 制服費 <input type="checkbox"/> 主食費 <input type="checkbox"/> 副食費	
身心障礙者	<input type="checkbox"/> A. 經「臺北市特殊教育學生鑑定及就學輔導會」鑑定核發之證明/補助課後照顧費 <input type="checkbox"/> B. 本府社會局核發之有效期限內之身心障礙證明/補助學生團體保險費(限重度以上身心障礙資格領有身心障礙手冊或證明者或其子女)、課後照顧費、午餐			
申請協助項目	<input type="checkbox"/> 家長會費 <input type="checkbox"/> 學生團保費 <input type="checkbox"/> 教科書費 <input type="checkbox"/> 課後照顧費 <input type="checkbox"/> 午餐費(年所得30萬元以下不補助)			
學校核定	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 原因：			
應備證明資料請裝訂在申請表後方		安心就學補助輕鬆查 		
班級導師簽名	承辦人	主任	校長	

1.若需申請者記得繳交附件
2.請留意有申請期限

英語教材選購通知單(一年級)

一年_____班_____號 姓名：_____

親愛的家長您好，本學年教材內容如下列清單，請家長詳閱說明後勾選購買品項。

1. 本單請務必於**9月1日(星期四)**前交回給級任老師，繳回後方依選購內容發放英語教材。
2. 若家中無相同教材(請注意**版本**)，請選購補足；若家中已有相同的教材，可不選購。
3. 教材選購後，**恕學校不再受理增購或退還教材**，教材費用將合併在四聯單中繳費。
4. 英語教材為上、下學期使用，請妥善保存。下列價格為廠商提供參考，正確價格須待教育局議價後決定。

教材類別	中師英語教材(第5版)	中師英語教材(第5版)
教材名稱	Let's Go Begin 課本	Let's Go Begin CD
參考價格	NTD 324	NTD 208
購買請打 ✓		

家長簽名：_____

1708

-----◎ 上半部請導師留存 ◎ 下半部請導師轉交英語教師 ◎ -----

【英文姓名調查】提供英語、雙語課程上課使用，以下欄位請詳填

班級：一年_____班 座號：_____ 中文姓名：_____

英文姓名： 我已有常用的英文名：_____ 請英文老師協助命名：_____

5

臺北市北投區文化國民小學《防身警報器使用通知》

親愛的家長，您好：

臺北市教育局為了加強保護孩子們的人身安全，特別贈送每位學生一個防身警報器，並結合教學及演練，指導學生遇到危險狀況時能冷靜沉著，適時使用防身警報器，智慧化解危險狀況。有鑒於孩子們對防身警報器的使用相當陌生，希望家長們能配合以下事項：

- 一、請提醒孩子，每日務必將防身警報器配掛在書包外側之容易取得處，但需留意放的位置，不致使其容易鬆脫。
- 二、請指導孩子不可將防身警報器拿來當做嬉戲玩耍之用，因為不但易造成周遭人員不必要之恐慌或噪音干擾，同時也會影響其原有的效益。
- 三、請教導孩子【求救三步驟：叫→拉→跑】，叫→遇危險要大聲求救；拉→拉開防身警報器，使其發出求救聲響；跑→藉機快速逃離現場。
- 四、如果您聽到防身警報器發出的求救聲響，請適時提供必要之協助，以期能發揮蜂鳴器之最大效益。
- 五、如果孩子不慎誤觸防身警報器，以致發出巨大聲響，請指導孩子將插銷插回，聲音便能停止，同時也請您協助孩子在家自主管理。
- 六、警報器由廠商一年保固(非人為因素之損壞)，電池屬消耗品不屬於保固範圍，有關警報器相關維護及服務資訊，請參閱「臺北市防身警報器資訊專頁」網站，網址：<https://sites.google.com/wses.tp.edu.tw/safe/news>。
- 七、請家長每月1-2次協助孩子檢查，防身警報器功能是否正常、電力是否充足；防身警報器電力不足時，請家長參考上列專網上維護相關資訊，自行更換電池。

這一組防身警報器為臺北市教育局贈送給孩子的個人物品，請教導孩子要好好珍惜使用，讓它能發揮最大的效益；同時也請妥善保管，不可隨意丟棄。

再次感謝您的協助與配合！

臺北市北投區文化國民小學 敬啟

-----✂-----請撕下回條，於9/2(星期五)前繳回給各班導師-----✂-----
防身警報器使用通知回條

班級：_____座號：_____姓名：_____

 已詳閱防身警報器的使用通知。 已收到防身警報器的宣導小貼紙。

家長簽名：_____

6

學生基本資料	入學日期	年 月 日	轉入日期	年 月 日	姓 名	
	出生日期	年 月 日	血 型		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	戶籍地址	縣 市 區 鄉 鎮 村 里 路 段 巷 弄 號 樓 之 室				一年 七 班 座 號 8
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：				二年 班 座 號
	緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話
健康基本資料	個人疾病史：本人曾患過的疾病					特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要(入學後若有新增疾病請主動告知導師及健康中心)
	<input type="checkbox"/> 1.心臟病	<input type="checkbox"/> 7. 氣喘	<input type="checkbox"/> 13.重大手術名稱：			
	<input type="checkbox"/> 2.第Ⅱ型糖尿病	<input type="checkbox"/> 8. Ⅱ型肝炎	<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：			
	<input type="checkbox"/> 3.腎臟病	<input type="checkbox"/> 9. 癲癇	<input type="checkbox"/> 16.紅血性狼瘡			
	<input type="checkbox"/> 4.血友病	<input type="checkbox"/> 10. 腦炎	<input type="checkbox"/> 17.關節炎			
<input type="checkbox"/> 5.蠱豆症	<input type="checkbox"/> 11. 疝氣	<input type="checkbox"/> 18.心理或精神疾病：				
<input type="checkbox"/> 6.肺結核	<input type="checkbox"/> 12.過敏物質：	<input type="checkbox"/> 19.癲症				
		<input type="checkbox"/> 20.無			<input type="checkbox"/> 21.其他：	
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別：參加保險，類別： <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 學生團體保險 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別：等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度 若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，可提供就診病歷摘要(含疾病現況及應注意事項)，做為照護參考。 家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：，疾病名稱： 法定代理人：領有身心障礙手冊，稱謂：，等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度(其他級別不調查)					家長簽名：	

僅需填寫紅框內資料

生長發育	年級項目	上		下		上		下		上		下		上		下		
	身高(公分)																	
	身高評值	不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足	不足	
	體重(公斤)																	
	體位評值	過輕	過重	肥胖	過輕	過重	肥胖	過輕	過重	肥胖	過輕	過重	肥胖	過輕	過重	肥胖	過輕	過重
	視力檢查及矯正	裸視	右															
		左																
	矯正	右																
	左																	
	屈光異常類別	近視		遠視		老花		斜視		弱視		其他		近視		遠視		老花
屈光度數	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左
	處置情形	配鏡矯正		配鏡矯正		配鏡矯正		配鏡矯正		配鏡矯正		配鏡矯正		配鏡矯正		配鏡矯正		配鏡矯正

頭蟲檢查																		
在學期間重大傷病事故													新生立體感初檢結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀 醫師複檢結果：					
疫苗種類	B型肝炎疫苗(HepB)	水痘疫苗(Var)	減量破傷風白喉百日咳混合疫苗(Tdap-IPV)*	白喉破傷風百日咳混合疫苗(DTP/DTaP)	小兒麻疹疫苗(OPV/IPV)	麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗(MMR)	日本腦炎疫苗(JE)	其他臨時性疫苗	1.接種紀錄卡 <input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳 2.學齡前應完成劑次 <input type="checkbox"/> 全數完成(含Tdap-IPV、MMR2及JE4) <input type="checkbox"/> 未完成 3.卡介苗 <input type="checkbox"/> 無接種紀錄且測驗陰性者補種，補種日期：_年_月_日 4.*DTP/DTap/Tdap 第四劑在4歲以後才完成接種，則Tdap-IPV無須再接種。 5.請將左列補種疫苗之接種日期依劑次填列於表格內。									
接種劑次日期																		
補種第一劑																		
補種第二劑																		
補種第三劑																		
補種第四劑																		
寄生蟲檢驗	一年級蛻蟲：結果：- + <input type="checkbox"/> 已服藥完成日期：								四年級蛻蟲：結果：- + <input type="checkbox"/> 已服藥完成									
尿液檢查結果	一年級檢查日：				複查日：				四年級檢查日：				複查日：					
追蹤情形	尿蛋白(-) 尿糖(-) 尿酸度(-)				尿蛋白(-) 尿糖(-) 尿酸度(-)				尿蛋白(-) 尿糖(-) 尿酸度(-)				尿蛋白(-) 尿糖(-) 尿酸度(-)					

國小學童含氟漱口水防齲計畫 家長同意書

親愛的家長您好：

根據最新衛生福利部調查顯示，台灣於 2018 年 5 歲學童乳齒齲齒盛行率為 65.43%，2020 年調查 12 歲學童恆齒齲齒類數為 2.01 顆，兒童的口腔健康狀況不僅會影響其咀嚼、發音及美觀，甚至影響未來的生長及發育，需要特別重視。歐美於學校實施含氟漱口水計畫已行之有年，台灣亦自民 88 年開始正式推廣，並經實驗證實對齲齒之預防頗具成效。

為促進兒童口腔健康，衛生福利部運用菸品健康福利捐與各縣市牙醫師公會及學校合作，辦理「國小學童含氟漱口水防齲計畫」，在學期中提供全國國小學童，於學校的校護、老師及指導牙醫師督導下，每週一次以濃度 0.2% 之含氟漱口水充分漱口一分鐘，以預防齲齒。

本計畫的進行對於兒童口腔保健非常重要，參加者完全不需繳費，我們期望您能同意讓貴子弟參與這個有意義的口腔保健方案，若有特殊情況可隨時終止參與本計畫。此外，貴子弟仍應減少零食的攝取，養成飯後、睡前至少 2 次使用牙線及 1,000PPM 以上含氟牙膏刷牙的良好潔牙習慣，並定期接受牙醫師的診治，以確保貴子弟的口腔健康。

本漱口水無酒精及薄荷配方，請安心使用。

請您填寫回條後，由貴子弟交給導師。

謝謝您的合作

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 敬啟

氟化物防齲諮詢專線 0800-555-086

家長回條

我同意我的小孩參加學校漱口水計畫

我不同意我的小孩參加學校漱口水計畫

原因(請簡述)：_____

您是學生的 父親 母親 祖父母 其他

學生姓名：_____ 就讀 _____ 國小 _____ 年 _____ 班 _____ 號

家長簽名：_____

日期：111年_____月_____日

本方案由衛生福利部運用菸品健康福利捐支應

臺北市國小新生預防接種調查表

親愛的家長，您好：

為保護您孩子的健康，請記得於開學時將預防接種時程及紀錄表(或有關之接種證明)影本，併同填妥之本調查表繳交學校，學校與衛生機關會核對並通知當進行接種之國小新生。

臺北市政府衛生局 敬上

【基本資料】(必填)

_____ 國民小學，_____ 年 _____ 班，座號：_____ 性別：_____

學生姓名：_____ 出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 身分證字號：_____

家長姓名稱謂：(父、母) _____、(父、母) _____、(監護人) _____

連絡電話：(宅) _____、(公司) _____

手機：(父、母) _____、(父、母) _____、(監護人) _____

電子郵件：_____

戶籍住址：_____ 縣市 _____ 區(鄉) _____ 鎮(市) _____ 村里 _____ 街路 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

現在地址：_____ 縣市 _____ 區(鄉) _____ 鎮(市) _____ 村里 _____ 街路 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

(同戶籍地址打勾免填)

【預防接種紀錄】

(※請於虛線內浮貼預防接種時程及紀錄表影印本)

備註：若預防接種紀錄遺失申請補發請至轄內之各健康服務中心(不限戶籍地)，外縣市亦可就近至所轄衛生所，申請預防接種時程及紀錄表。

家長簽章(請簽全名)：_____ 填表日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

臺北市北投區文化國民小學 111 學年度徵求志工意願暨家長人力資源調查表

為了讓孩子有更好的學習環境與受教品質，我們亟需要熱心的家長一同參與學校志工行列；是奉獻的美德，也是給孩子身教的示範，全體師生衷心期盼您響應學校「志工」活動。期待您加入志工團隊，為需要的孩子奉獻一份心力。謝謝您！（因應防疫先行調查，待疫情穩定家長可入校時，參加之志工家長再請配戴識別證入校服務）
文化國小 敬上

- 收到訊息，但是無法參加。（以下資料不需填寫）
- 我願意參加。（入校服務需打滿 3 劑新冠疫苗，請填妥下列資料，以利聯繫與建檔）

志工姓名： _____ 性別： _____ 聯絡電話： _____

※誠摯的邀請您共襄盛舉，請勾選意願項目，若時間許可，歡迎勾選多項。

勾選	項目	聯繫單位	工作性質	請勾選可服務時間	備註
<input type="checkbox"/>	學習輔導組	輔導室	1. 指導學童數學、國語兩學科，目前以三、四年級為主要指導年段。 2. 教學依學生人數安排一對二或小組共同合作之模式。	<input type="checkbox"/> 週一 <input type="checkbox"/> 週四 上午 8:00-8:40	服務時間可複選
<input type="checkbox"/>	英語輔導組	教務處	1. 指導一、二年級學童書寫、認讀、聽說 26 個英文字母、字母及自然發音規則與基礎英語，歡迎英語能力佳、有熱忱的家長，一起加入。 2. 英語部老師會不定期提供課程諮詢及授課協助。	<input type="checkbox"/> 週二 <input type="checkbox"/> 週四 上午 8:00-8:40	服務時間可複選
<input type="checkbox"/>	書香志工	教務處 圖書室	1. 具服務熱忱、有責任感，能配合活動任務服務。 2. 喜歡與孩子互動。 3. 協助活動導覽、故事展演或情境佈置業務。 4. 臨時活動或服務支援。	為活動任務制，能配合活動時間進館服務。	招募對象以低年級家長優先
<input type="checkbox"/>	導護志工	學務處	1. 協助學童通過校門口、後門口、中央北路口、文化三路口、永興路口等 5 個崗哨之馬路路口。 2. 協助學校重大活動時安全維護。	<input type="checkbox"/> 週一 <input type="checkbox"/> 週二 <input type="checkbox"/> 週三 <input type="checkbox"/> 週四 <input type="checkbox"/> 週五 <input type="checkbox"/> 7:20-7:50 <input type="checkbox"/> 11:55-12:15 <input type="checkbox"/> 15:55-16:15 <input type="checkbox"/> 可擔任常態性導護志工	服務時間可複選

此外，本校誠摯邀請您成為「文化國小家長人力資源庫」的一員，當學校有任何需求，可以透過人力資源庫搜尋相關專長家長支援，我們需要各種專長專業的項目，例如水電、園藝、建築、網頁製作、心輔、醫療...等各行各業專長技能。人力資源調查並非邀請您當常務學校當志工，而是在學校有需要時候邀請您共同參與，歡迎您成為「文化國小家長人力資源庫」的一員。

若您有意願參與，請於 9/7(三) 前用手機掃 QR code 至 Google 表單填寫相關資料，謝謝您！資料僅供本校在需要借用您專長時聯繫用，本校將善盡保密之責不做他用，如有疑問請洽 2893-3828 轉 6142 輔導室資料組。

※人力資源庫填寫表單連結：<https://reurl.cc/MAppyp>

或掃右方 QR code 連結後於 9/7(三) 前填寫

請於 9/7(三) 交給級任導師。導師請於 9/8(四) 前交至輔導室資料組。



學生心臟病問卷暨篩檢表

親愛的家長或監護人，您好！

根據調查，5歲至18歲的學生約有百分之一患有各種心臟病，如先天性心臟病、川崎病、及心律不整等。這些學生都需要及早診斷，治療並且定期追蹤，以預防發生猝死。中華民國心臟病兒童基金會透過本心臟病問卷的填寫及心電圖檢查，以早期診斷。請貴家長及老師務必將本表填寫清楚，凡有疑似心臟病者，我們會進一步安排複診與轉診，診斷確定後，我們會建議學校及家長如何治療與管理，維護健康。做心电图檢查的技術員均為女性，但因檢查部位在胸部，為顧及學生的隱私，會請學校安排私密的环境，請家長放心。

本中華民國心臟病兒童基金會將遵守「個人資料保護法」之規定處理本問卷之個人資料。

家長 同意 不同意 心音心電圖檢查

家長或監護人簽章： _____

主辦單位：臺北市府教育局

贊助單位：財團法人中華民國心臟病兒童基金會

臺北市北投區文化國民小學

學生姓名： _____ 學校： _____ (_____ 年級 _____ 科 _____ 班 _____ 號)

身份證字號： _____ 男 女

生日：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 雙(多)胞胎： 是 否

電話：(家) _____ (公) _____ (行動電話) _____

學生身高： _____ 公分 體重： _____ 公斤 BMI： _____ 每週運動次數： _____ 幾小時： _____

除了心電圖檢查異常外，以下問題勾選任一 是者，將會由小兒心臟科醫師到學校為您的孩子做身體診查。

問題一、是否曾經有下列的現象？

否

是 (請選答一項或一項以上打√)

- a. 沒有原因的心跳快 b. 突然昏倒或快昏倒 c. 運動時心臟(左胸前的疼痛)
d. 運動時有呼吸困難、臉色蒼白頭暈或嘴唇發紫的現象。
e. 連續五天以上的發燒，伴隨全身出疹以及四肢末端脫皮。

問題二、你的子女是否曾經被醫師診斷或懷疑有下列疾病？如有請儘可能註明診斷醫院或診所名及病歷號碼，以便追蹤。

否

是 (請選答一項或一項以上打√) 同意提供 (醫院名： _____ 病歷號碼 # _____)

- a. 心肌梗症 f. 高血壓
b. 川崎病 g. 心臟雜音
c. 風濕熱、風濕性心臟病 h. 高血鉀症
d. 先天性心臟病(病名 _____) i. 瓣膜性心臟病
e. 心跳不規則(病名 _____) j. 其他心臟病(病名 _____)
k. 二尖瓣脫垂

若有上述疾病是否仍在繼續追蹤？ 否 是，每 _____ 年追蹤一次 已痊癒不須追蹤

問題三、家族是否有人患有心臟血管疾病 是 否

僅填寫第一頁就好了

從小保護牙 終身不缺牙

2要 2不

要：餐後睡前要刷牙，一天至少刷兩次

不：少吃甜食及含糖飲料

要：要使用 1000ppm 以上含氟牙膏、含氟漱口水，每半年接受牙醫師塗氟及口腔檢查

不：不要與其他人共用餐具避免口水互相接觸

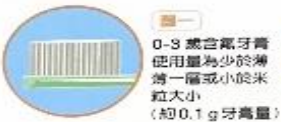
保護牙齒5部曲

1 長牙就要立即看牙 (定期看牙醫)

- ▶ 長牙就可以每 3-6 個月至牙醫院所口腔檢查

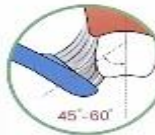
2 正確潔牙

- ▶ 1 天至少要 2 次 (睡前那次最重要)
- ▶ 餐後及睡前都要使用含氟牙膏刷牙 (含牙線及刷牙)
- ▶ 年齡有別的刷牙技巧與父母協助刷牙的方式，如表一：
- ▶ 0-3 歲與 3 歲以上含氟牙膏的使用量，如下圖一與圖二：



貝式刷牙法

- ▶ 使用軟毛牙刷
- ▶ 牙刷與齒面呈現 45°-60° (如圖三)，涵蓋一點點牙齦。
- ▶ 兩顆兩顆來回刷



圖三
牙刷與齒面呈現 45°-60°



圖四
將牙線拉成 C 字形

牙線使用

使用方式	清潔方式
1. 取 45 公分牙線	1. 牙線緊貼著牙齒鄰接面。
2. 將牙線兩端輕輕繞於雙手中指 (不可過緊使手指充血)。	2. 拉成「C」字形 (如圖四)。
3. 雙手中指、無名指及小指穩住牙線，雙手翻轉並將牙線拉緊，各以食指與拇指穩住牙線，中間露出約 1-2 公分。	3. 短距離上下刮
4. 以雙手中指與食指來操作牙線進行清潔。	4. 清潔乾淨時會發出「嘎吱」的聲音。

3 均衡飲食習慣

- ▶ 少吃甜食及含糖飲料、多漱口、不要與其他人共用餐具避免口水互相接觸



不必交回

年齡	刷牙方式	父母 (家長) 協助刷牙的方式	搭配
0-3 歲	水平來回刷	家長負責刷牙 (紗棉布/牙刷)	• 使用牙線 (棒) • 含氟牙膏 (1000 ppm 以上) (如圖一) • 塗氟
3-6 歲	水平來回刷	小朋友刷 1 遍，家長再完整刷 1 遍	• 使用牙線 (棒) • 含氟牙膏 (1000 ppm 以上) (如圖二) • 塗氟
6-9 歲	學習貝氏刷牙法	小朋友刷 1 遍，家長加強重點 (恆牙大白齒及門齒)	• 使用牙線 (請家長協助) • 含氟牙膏 (1000 ppm 以上) • 含氟漱口水 • 窩溝封劑
9-18 歲	貝氏刷牙法	小朋友自己刷，家長督導	• 使用牙線 • 含氟牙膏 (1000 ppm 以上) • 含氟漱口水 • 窩溝封劑

● 小叮嚀：若擔心 0-3 歲幼童誤食過多牙膏，可於刷牙後使用潔淨紗布擦拭牙齒，可減少誤食情況。

本方案由衛生福利部運用藥品健康福利撥支應社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會製作
TEL: 02-2500-0133 / 網址: www.cda.org.tw

廣告

印刷時間: 111 年 03 月