

彰化縣東芳國民小學健康中心觀察紀錄單

月 日	年	班	姓名：	到達時間：	時	分
				離開時間：	時	分
健康狀況及原因	<input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 暈眩 <input type="checkbox"/> 牙痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 經痛 <input type="checkbox"/> 眼疾 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 噁心嘔吐 <input type="checkbox"/> 疹癢 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 擦傷 <input type="checkbox"/> 刺傷 <input type="checkbox"/> 裂割傷 <input type="checkbox"/> 挫撞傷 <input type="checkbox"/> 扭傷 <input type="checkbox"/> 灼燙傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 叮咬傷 <input type="checkbox"/> 舊傷 <input type="checkbox"/> 夾壓傷 <input type="checkbox"/> 其他：					
學生之健康狀況	症狀開始時間：_____ 睡眠時間：(_____ 至 _____) 排便： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無，_____天 就醫情形： <input type="checkbox"/> 已就醫，正服藥中 <input type="checkbox"/> 尚未就醫 早餐： <input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃 脈搏：_____ 次/分 呼吸：_____ 次/分 血壓：_____ / _____ mmHg 體溫：_____ °C					
健康中心之處理	<input type="checkbox"/> 學生可回教室，請老師繼續觀察。 <input type="checkbox"/> 在健康中心休息 (_____ 時 _____ 分 至 _____ 時 _____ 分) <input type="checkbox"/> 建議家長帶回休息，請老師聯絡家長。 <input type="checkbox"/> 已做護理處理：_____ <input type="checkbox"/> 以電話聯絡請家長帶回就醫。 <input type="checkbox"/> 送醫 (_____ 醫院) <input type="checkbox"/> 其他 _____					
備註						

資料來源：中華民國學校護理人員協進會(2011)•學校護理實務工作參考手冊

護理人員：

導師： 體衛組長： 學務主任： 校長：

註：本觀察紀錄單一式兩聯，分別留存於健康中心與導師