

114 年「臺北市國小學童氣喘高危險群過敏原篩檢計畫」

(臺北市府衛生局委託臺北市立聯合醫院辦理)

【過敏篩檢與檢驗家長同意書】

親愛的家長：您好！

氣喘為兒童最常見的慢性病，除了慢性咳嗽、喘、胸悶等症狀，長期亦會影響兒童生活品質、心理健康、學業與成長。本計畫將針對 114 學年度國小一年級學童辦理過敏氣喘高危險群的過敏原篩檢與追蹤，內容如下：

1. **線上問卷篩檢**：透過問卷了解學童是否屬於過敏氣喘高危險群，安排後續過敏原篩檢與適當的轉介評估治療。
2. **免費過敏原抽血檢測**：如問卷結果顯示為高風險，將安排免費抽血檢測特定過敏原。
3. **衛教與定期追蹤**：針對過敏原陽性篩檢結果，提供兒科專科醫師門診**針對抽血報告結果說明及衛教服務**，本(單)次門診**免收費**。若兒童確診為氣喘，也將提供個案管理師關懷追蹤服務。

若您同意上述計畫內容，請填寫下方同意書，並**掃描下方 QR Code 填寫線上問卷**，提供必要的聯絡資訊，以確保後續篩檢與追蹤順利進行。如有任何疑問，請隨時與我們聯繫。感謝您的支持與配合！



← **線上問卷 QR Code**

〈請裁切〉

家長同意書

本人已詳閱上述計畫內容，理解並同意我的孩子參與「114 年臺北市國小學童氣喘高危險群過敏原篩檢計畫」，並願意配合相關篩檢、檢測及後續追蹤與衛教活動。

學童姓名：_____

就讀學校：_____國民小學，一年____班____號

☐ 我同意參與本計畫(含**線上問卷**、高風險群之**抽血檢驗**與後續追蹤)，並已確實填寫線上問卷

☐ 我不同意參與本計畫

家長簽名：_____，關係：_____，聯絡電話：_____

填寫日期：114 年____月____日