

學生健康檢查注意事項

親愛的家長及同學：

你們好！本校依據教育部發布之「學生健康檢查實施辦法」規定，辦理學生健康檢查，期能了解學生健康狀況，以提供學生更周全的健康關懷與照護。教育部新修訂規定中載明，若家長或學生本身已知悉罹患下列疾病：心臟病、氣喘、癲癇、糖尿病、血友病、癌症、精神疾病、罕見疾病及其他重大傷病或身心障礙等，應主動告知學校並填寫於本校健康檢查線上系統「健康基本資料」中，作為在校期間健康關懷之參考。

※為簡化健康檢查流程，請依註冊組公告上網限定時間內填寫學生基本資料同時，完成系統中之健康基本資料、生活形態及自我健康評估項目，網址如下：<https://ns.chihlee.edu.tw/NNSPH/>。其餘健康檢查細項，則於體檢當日，由醫護人員評估後填寫。※當天健康檢查不需空腹。

請依下列說明完成健康檢查

健康檢查日期、時間、地點、項目及費用說明如下：

一、請於規定期間內，先上網填寫學生個人健康資料(網址如上所示)，完成學籍登錄後，才能於體檢當日進行健康檢查。

二、檢查日期、時間、地點

日間部

- (1)新生檢查對象：四技、五專1年級、二技、碩士
- (2)時間：115年9月30日(星期三) 8:20~16:30 (11:40~13:20為休息時間)
- (3)地點：誠信館1樓，屆時請依衛保組公告梯次前往

進修部

- (1)新生檢查對象：夜四技、夜二技及碩士在職專班
- (2)時間：115年9月30日(星期三) 18:00~20:00 (16:40~18:00為休息時間)
- (3)地點：誠信館1樓，屆時請依衛保組公告梯次前往

三、檢查項目：

生理檢查、尿液檢查、血液常規檢查、肝功能檢查、腎功能檢查、血脂肪檢查、胸部X光檢查、牙科檢查、醫師會診(當天健康檢查不需空腹)。

四、檢查費用：550元整，請現場繳費。

五、若於115年4月1日後(半年內)曾接受其他體檢者，大部分體檢項目與教育部要求項目不完全符合，請先自行核對附件體檢項目，影印體檢報告，當日帶往繳交，未能補足之項目，可於體檢當日補足。

承辦單位：學務處衛生保健組

承辦人：曾素婕護理師

聯絡電話：(02) 22576167 轉分機 1215



健康檢查前的注意事項

感謝您的配合！

致理科技大學 學生健康資料卡

學生基本資料	入學日期： 年 月		系所班級：		血 型：		學號：	
	出生日期： 年 月 日		身分證字號：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		姓名：	
	E-mail：				學生行動電話：			
	戶籍地址							
	現居地址		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：					
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：勾選本人曾患過的疾病							
	<input type="checkbox"/> 1.無	<input type="checkbox"/> 6.腎臟病	<input type="checkbox"/> 11.關節炎	<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：				
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核	<input type="checkbox"/> 7.癲癇	<input type="checkbox"/> 12.糖尿病	<input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：				
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：		<input type="checkbox"/> 18.其他：			
	<input type="checkbox"/> 4.肝炎	<input type="checkbox"/> 9.血友病	<input type="checkbox"/> 14.癌症：					
	<input type="checkbox"/> 5.氣喘	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症	<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：					
	高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於500度？ <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 <input type="checkbox"/> 3.不知道							
	是否同意由學校護理師於日後進行疾病關懷？ <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否							
	領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有，類別：							
	領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，類別： ，等級： <input type="checkbox"/> 1.輕度 <input type="checkbox"/> 2.中度 <input type="checkbox"/> 3.重度 <input type="checkbox"/> 4.極重度							
特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有(請描述)： _____								
若有上述疾病尚未痊癒或仍在治療中，請主動告知並提供就診病歷摘要，以作為照護參考。								
家族疾病史： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂： _____，疾病名稱： _____， <input type="checkbox"/> 3.不知道								
生活型態	※ 請勾選最合適的選項：							
	1.過去7天內(不含假日)，睡眠習慣： <input type="checkbox"/> ①每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> ②不足7小時 <input type="checkbox"/> ③時常失眠							
	2.過去7天內(不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> ①都不吃 <input type="checkbox"/> ②有時吃，吃__天 <input type="checkbox"/> ③每天吃：(9點前吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；9點後吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否)							
	3.過去7天內，你進行中等強度以上(活動時仍可交談，但無法唱歌)的運動、健身、交通和休閒性身體活動，累計1天至少10分鐘有幾天？ <input type="checkbox"/> ①0天 <input type="checkbox"/> ②1天 <input type="checkbox"/> ③2天 <input type="checkbox"/> ④3天 <input type="checkbox"/> ⑤4天 <input type="checkbox"/> ⑥5天 <input type="checkbox"/> ⑦6天 <input type="checkbox"/> ⑧7天							
	4.過去一個月內，你吸菸/煙(包括傳統菸品、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形？ <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②有時吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ③每天吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a傳統菸品、 <input type="checkbox"/> b電子煙、 <input type="checkbox"/> c加熱式菸品等)。 <input type="checkbox"/> ④已戒除。							
	5.過去一個月內，你喝酒情形： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②有時喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒(<input type="checkbox"/> a2杯以上、 <input type="checkbox"/> b1杯、 <input type="checkbox"/> c不到1杯) <input type="checkbox"/> ④已戒除。勾選「每天喝酒」者，需進一步選擇每天喝酒杯數，1杯的定義為啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml。							
	6.過去一個月內，你嚼檳榔情形？ <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ④已戒除							
	7.常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常							
	8.常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常							
	9.過去7天內，你多久排便一次？ <input type="checkbox"/> ①每天至少一次 <input type="checkbox"/> ②兩天 <input type="checkbox"/> ③三天 <input type="checkbox"/> ④四天以上							
	10.過去7天內(不含假日)每日除了上課及作功課需要之外，你累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/> ①不到2小時 <input type="checkbox"/> ②約2-4小時 <input type="checkbox"/> ③約4小時以上，__小時							
	11.你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> ①0次 <input type="checkbox"/> ②1次 <input type="checkbox"/> ③2次 <input type="checkbox"/> ④3次以上							
	12.在沒有牙痛或其他口腔不舒服的情況下，你多久會做一次口腔健康檢查？ <input type="checkbox"/> ①每半年一次 <input type="checkbox"/> ②每年一次 <input type="checkbox"/> ③一年以上 <input type="checkbox"/> ④從來沒有							
	13.月經情況(女生回答)：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重 <input type="checkbox"/> ④不知道/拒答							
自我健康評估	1.過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？ <input type="checkbox"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好							
	2.過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？ <input type="checkbox"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好							
	※目前有哪些健康問題？請敘述： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有，是否需要學校協助： <input type="checkbox"/> 1.否 <input type="checkbox"/> 2.是							

學號		科系班級		姓名						
檢查項目	檢查日期： 年 月 日 (以下由檢查單位填寫)				檢查醫事人員簽章					
身高：_____公分	體重：_____公斤	腰圍_____公分		檢測者蓋章						
血壓：① _____ / _____ mmHg	脈搏：_____次/分	② _____ / _____ mmHg		檢測者蓋章						
視力檢查：裸視：右眼_____左眼_____矯正：右眼_____左眼_____					檢測者蓋章					
辨色力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他		檢測者蓋章						
聽力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 左耳聽力弱_____ <input type="checkbox"/> 右耳聽力弱_____ <input type="checkbox"/> 其他		檢測者蓋章						
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他		醫師蓋章						
頭頸	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他								
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜受損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 其他								
胸部及外觀	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他								
心臟	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 心臟音 <input type="checkbox"/> 心悸過速 <input type="checkbox"/> 心悸過緩 <input type="checkbox"/> 其他								
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他								
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他								
皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他								
口腔	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	未治癒齦齒： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 缺牙(因齦齒拔除)： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 牙齦炎： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 牙結石： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正(<input type="checkbox"/> 矯治中) <input type="checkbox"/> 其他				牙醫師蓋章				
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：_____					承辦檢查醫療院所簽章				
實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果		實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果		
尿液檢查	尿蛋白(+) (-)		異常註記	追蹤	血脂肪	總膽固醇(mg/dL)				
	尿糖(+) (-)					腎功能檢查	CREATININE(mg/dL)			
	潛血(+) (-)						尿酸(mg/dL)			
	酸鹼值						血尿素氮(mg/dL)※			
血液常規檢查	血色素(g/dL)				肝功能檢查	SGOT(AST)(U/L)				
	白血球($10^3/\mu\text{L}$)					SGPT(ALT)(U/L)				
	紅血球($10^6/\mu\text{L}$)				其他※					
	血小板($10^3/\mu\text{L}$)									
	平均血球容積比(f)									
	血球容積比 HcT (%)※									
胸部 X 光檢查	檢查日期	檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 其他_____				複查矯治、日期及備註：				
臨時性檢查	檢查名稱	檢查日期	檢查單位	檢查結果	轉介複查追蹤及備註					
健康管理綜合紀錄	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄									

△：學生健康檢查實施辦法中視需要而辦理之項目

※：學校自選項目