

臺中市私立葳格高級中學學生健康檢查實施要點

一、依據：依據教育部九十二年六月二十五日發布之「學生健康檢查實施辦法」辦理。

二、目的：

- (一) 建立本校學生健康資料，以期「早期發現，早期治療」。
- (二) 進行缺點矯治及進行轉介複查。
- (三) 建立特殊疾病學生資料，進行個案管理，並提供教師作為教學及安排學生活動及緊急傷病救護之參考。

三、實施方法：

- (一) 新生入學時依規定填寫「**健康資料暨緊急事件聯絡卡**」，家長及學生應主動詳細填寫或提供書面資料。
- (二) 高中職部新生入學時，由學校選定合格醫院派員至校內舉辦健康檢查，檢查內容基準依據教育部頒布之「**學生健康檢查基準表**」辦理，於健康檢查前以書面通知家長及學生。
- (三) 舊生每學期體育課由學校護理人員實施身高、體重及視力之檢查。
- (四) 高中職新生健康檢查費用由學生自行負擔。
- (五) 學生健康檢查實施後一個月內，應將檢查結果通知學生及家長。
- (六) 健康檢查資料應建檔存查，並施以缺點矯治及轉介複查，罹患傳染病之學生應衛生主管機關相關法令辦理。
- (七) 特殊疾病學生之資料，應進行妥善管理，作為教學及安排學生活動及緊急傷病救護之參考。

四、附件：學生健康檢查基準表；健康資料暨緊急事件聯絡卡；新生健康檢查家長同意書。

五、本要點如有未盡事宜者，得隨時修正公布之。

六、本要點陳請校長核准後實施，修正時亦同。

學生健康檢查基準表

檢查項目		實施對象及時間					建議檢查方法	
項目	內容	國小新生	國小四年級	國中新生	高中職新生	大專校院新生	方法	檢查用具
體格生長	身高	●	●	●	●	○	身高測量	身高計
	體重	●	●	●	●	○	體重測量	體重計
血壓	血壓	△	△	△	○	○	血壓測量	血壓計
眼睛	視力	●	●	●	●	○	Landolt' s c Chart Snellen' s E Chart	視力表、視力機
	辨色力	○	○	○	△	△	色覺檢查	石原氏綜合色盲檢查本
	立體感	○	×	×	×	×	亂點立體圖檢查	NTU 亂點立體圖
	斜視、弱視	○	○	×	×	×	角膜光照反射法 交替遮眼法	小手電筒、遮眼板
	其他異常	○	○	○	○	○	視診	
頭頸	斜頸、異常腫塊及其他	○	○	○	○	○	視診、觸診	
口腔	齙齒、缺牙、咬合不正、 口腔衛生及其他異常	◎	◎	○	○	○	視診	頭鏡、探針、口鏡、 燈光、手套
耳 鼻 喉	聽力	○	○	○	○	○	音叉檢查法	512Hz 音叉
	唇顎裂	○	×	×	×	×	視診	
	構音異常	○	○	×	×	×	分辨發音是否清晰	
	耳道畸形	○	△	△	△	△	視診、觸診	頭鏡、耳鏡、手電筒、 壓舌板、燈光
	耳膜破損、盯聾栓塞、扁 桃腺腫大及其他異常	○	○	○	○	○		
胸部	心肺疾病、胸廓異常及其他 異常	○	○	○	○	○	視診、觸診、聽診	聽診器、屏風
腹部	異常腫大、疝氣及其他異常	○	○	○	○	○	視診、觸診、扣診	
皮膚	癬、疥瘡、疣、異位性皮膚 炎、溼疹及其他異常	○	○	○	○	○	視診、觸診	
脊柱四肢	脊柱側彎、肢體畸形、青 蛙肢及其他異常	○	○	○	○	○	視診、觸診 Adam 前彎測驗 四肢及關節活動評估	
泌尿 生殖	隱睾	○	×	×	×	×	視診、觸診	手套、屏風
	包皮異常、精索靜脈曲張 及其他異常	○	○	○	○	△	視診、觸診	(只適用男生)
寄生 蟲	腸內寄生蟲	△	△	△	×	×	檢體檢驗	檢體收集盒
	蟯蟲	○	○	△	×	×	肛門黏貼試紙法	顯微鏡、肛門黏貼 試紙
尿液	尿蛋白、尿糖、潛血、酸 鹼度	○	○	○	○	○	試紙儀器判讀法或顯 微鏡法	試紙或顯微鏡
血液 檢查	血液常規：血色素、白血 球、紅血球、血小板、平 均血球容積比 肝功能：SGOT、SGPT 腎功能：CREATININE 尿酸 血脂肪：總膽固醇 T-CHOL 血清免疫學： HBs Ag、Hbs Ab 及其他	△	△	△	○	○	抽血	實驗室檢查設備
X 光	胸部 X 光	△	△	△	○	○	X 光	影像檢查設備

註：實施對象及時間符號說明

○指應檢查之項目。 △指視需要而辦理之項目。 ×指不須要檢查之項目。

◎指國小每學年亦應檢查之項目。 ●指高級中等以下學校，每學期亦應檢查之項目。

臺中市私立葳格高中學生健康資料暨緊急事件聯絡卡

一、個人基本資料：

填寫日期： 年 月 日

科別	<input type="checkbox"/> 普高 <input type="checkbox"/> 餐飲 <input type="checkbox"/> 應外 <input type="checkbox"/> 觀光 <input type="checkbox"/> 國中				班級	年 班	座號		血型	
姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號					
戶籍地址	縣 市	市區 鄉鎮	村 里	鄰	路 街	段	巷	弄	號	樓 室
現居地址 <input type="checkbox"/> 同戶籍地址	縣 市	市區 鄉鎮	村 里	鄰	路 街	段	巷	弄	號	樓 室
家長 (緊急聯絡人)	關係	姓名	電話(公)		電話(宅)		行動電話			

二、家族疾病史(就你所知的家族成員中是否曾有下列遺傳性疾病)：(請家長協助填寫)

- 心臟病 高血壓 糖尿病 腦血管疾病 肝病 腎臟疾病
胃病 氣喘病 癌症 精神疾病 癲癇 其他_____

三、個人疾病史：為了維護學生教學活動、體育活動之安全，請仔細勾選。(請家長協助填寫)

項 目	沒 有	現有在 治療中	現有但 未治療	曾有但 已痊癒	項 目	沒 有	現有在 治療中	現有但 未治療	曾有但 已痊癒
1. 心臟病					11. 關節炎				
2. 高血壓					12. 痛風				
3. 糖尿病					13. 紅斑性狼瘡				
4. 腦血管疾病					14. 外耳或中耳疾病				
5. 肝病					15. 貧血或其他血液疾病				
6. 腎臟疾病					16. 運動平衡或協調功能障礙				
7. 胃病					17. 傳染性疾病(如肺結核等)				
8. 氣喘病					18. 精神病變(如憂鬱症)				
9. 癲癇					19. 聽覺障礙				
10. 骨骼系統病					20. 視覺障礙				
其他：									

四、醫師指示過不宜做劇烈運動 是 否，勾選是請附上合格醫院所開立證明文件。

家長簽章： _____

臺中市私立葳高級中學○○○學年度 新生健康檢查 通知單暨家長同意書

親愛的家長您好：

學生健康檢查是一種積極的預防保健篩檢措施，依據「學生健康檢查實施辦法」辦理，學生健康基本資料包含：家族病史、個人資料史、特殊疾病狀況，提供導師、護理師參考及教師實施校外教學活動、體育活動之依據。

本檢查擬於○○○年○月○○(星期○)新生訓練課程時進行，由簽訂契約之合格醫院工作團隊醫護人員蒞校為學生實施健康檢查，檢查費用○○○元整，已納入註冊費一併繳交。

一、檢查項目如下：

檢查項目	檢查內容	臨床意義
一般體格檢查	身高、體重、聽力、牙齒檢查、血壓、視力色盲、BMI	一般疾病之診斷
醫師問診	呼吸系統、皮膚、血液循環系統、消化系統、神經系統	各系統物理檢查
尿液檢查	尿糖(GLU)、尿蛋白(PRO)、潛血(OB)、酸鹼值(PH)	可檢查出尿道炎、膀胱炎、糖尿病篩檢、腎結石、腎臟代謝功能
血液常規檢查	血色素(HB)、血小板(PLT)、白血球數(WBC)血球容積比(HT)、紅血球數(RBC)平均血球容積(MCV)、平均紅血球血容量(MCH)平均紅血球血色素濃度(MCHC)	紅血球增生、貧血骨髓疾患身體出血、凝血等疾患身體部位發炎。白血病、組織壞死等病毒感染。檢測貧血程度貧血、血球增多症骨髓造血功能疾病
腎功能檢查 痛風檢查	血清肌酸酐(CRE) 尿酸(UA)	腎病、尿毒症之檢查 痛風檢查。
肝功能檢查	血清麩丙轉氨基酶(SGPT) 血清麩丙轉胺基酶(SGOP)	肝臟疾病之檢查與肝功能狀況之了解，如急性慢性肝炎。
血脂肪檢查	膽固醇(T-CHO)	心臟血管疾病檢查
B型肝炎檢查	表面抗原(HBsAg) 表面抗體(HBsAb)	檢查是否已感染B型肝炎 檢查是否產生抗體
X光檢查	胸部X光檢查	肺結核、支氣管炎、心臟肥大

二、體檢注意事項：

- (一)當日可進食(清淡飲食)、可喝開水，但不能喝其他飲料，以免影響檢驗結果。
- (二)檢查當日若逢生理期，請女同學主動告知驗尿之護理人員。
- (三)胸前請勿配帶金屬物品及項鍊。如有近視，請戴眼鏡或戴隱形眼鏡到場檢查。
- (四)檢查報告完成後將發予學生轉交家長，如有異狀，請遵照醫師建議科別，就近帶往附近醫療院所複檢或矯治。

臺中市私立葳格高級中學學校○○○學年度 新生健康檢查 家長回條

科別：普高 餐飲 應外 觀光 國中部 年 班 座號： 姓名：

家長聯絡事項《請勾選後並簽名(章)；請簽全名，勿用鉛筆》

1. 已詳閱本通知各項說明，同意接受健康檢查。	<input type="checkbox"/> 同意接受健康檢查 家長簽名：
2. 已詳閱本通知各項說明，不同意在校健康檢查，將自行陪同子女至合格醫療院所檢查，並在期限內將檢查報告繳交學校。	<input type="checkbox"/> 不願意在校內進行健康檢查 家長簽名：

臺中市私立葳格高級中學體衛組 敬啟