

國立屏科實驗高級中等學校【高中部】高一新生健康檢查排程與提醒

1. 時間:114 年 8 月 21 日(四)上午 8 點 30 至 11 點
2. 地點:大仁科技大學體育館 1 樓
3. 預計各班健檢報到時間:請全班按照時間帶到體育館集合

班級	人數	報到時間
雙語部	1	08:20
311	30	08:20
312	30	09:00
313	30	09:40

★【家長同意書務必簽妥及繳回才能施作】【家長同意書務必簽妥及繳回才能施作】

因有抽血侵入性檢查，須經家長同意才能執行，若無同意書則請學生自行擇期去霖園醫院體檢，或是到外面合格醫療院所自費完成健檢，並於 **9/30** 前繳回報告至健康中心。

★檢查抽血當天早上不需空腹，可吃早餐(清淡飲食，避免高糖及高油食物)、喝白開水，尤其不喝含糖飲料，以免影響檢驗結果。

★檢查當天若有任何身體不適請立即向現場工作人員或學校健康中心反映；若適逢生理期則需告知檢查單位。

★如有近視，請戴眼鏡，勿戴隱形眼鏡(需測量裸眼及矯正視力)。

★胸前請勿配帶金屬物品及項鍊(需進行胸部X光)。

★請著輕便活動的褲裝。

★家長同意書若遺失，請自行下載列印。

感謝學生、家長配合~



國立屏科實驗高級中等學校新生健康檢查家長同意書

親愛的家長：

- 依據『學生健康檢查實施辦法』第四條，學生健康基本資料包含：家族疾病史、個人疾病史、特殊疾病現況，提供導師及校護參考及學校實施校外教學活動、體育活動之依據。
- 依教育部規定，學校實施健康檢查應由委託醫院承辦。本校委託霖園醫院到校為學生服務，檢查日期訂於 114 年 8 月 21 日(四) 上午 8 點 30 至 12 點，檢查項目費用每人 600 元(併入註冊費繳交)。
- 當日因故未參加學校健檢之新生，必須於 9 月 30 日前繳交合格醫院之健康檢查報告(項目與校內相同)。
- 檢查抽血當天早上不需空腹，可吃早餐(清淡飲食，避免高糖及高油食物)、喝白開水，尤其不喝含糖飲料，以免影響檢驗結果。

114 學年度學生健康檢查項目

項 目	內 容	檢驗意義說明
1.一般理學檢查	辨色力、視力、頭頸、耳鼻喉、聽力、胸部、腹部、皮膚、脊柱四肢、血壓、脈搏、身高、體重、BMI 評值、腰圍	受檢者得以主訴個人目前生理狀況，配合現場物理檢查，醫生立即給予指導。
2.口腔檢查	齦齒、缺牙、咬合不正、口腔衛生及其他異常	早期發現口腔問題及早治療。
3.泌尿生殖檢查	隱罩症、包皮檢查(限男性)	睪丸、包皮異常、精索靜脈曲張及其他異常。
4.尿液檢查	尿蛋白、尿糖、尿潛血、酸鹼度	了解腎臟廓清、回收功能尿路感染、結石現象及對糖尿病的前期預防。
5.血液常規檢查	1.WBC 白血球 2.RBC 紅血球 3.Hgb 血色素 4.Hct 血球容積比 5.平均血球體積 MCV 6.平均紅血球血色素 MCH 7.平均紅血球血色素濃度 MCHC 8.血小板 PLAT	檢查有無貧血及貧血程度，感染性疾病或先天性或後天性血液病變、紫斑病、血小板病變及地中海貧血。
6.肝功能檢查	GOT 草酸轉胺基酵素 GPT 丙酮酸轉胺基酵素	檢查有無肝臟相關疾病。
7.肝炎檢查	B 型肝炎表面抗原 B 型肝炎表面抗體	陽性表示感染 B 型肝炎病毒。 陽性表示已產生保護抗體。
8.腎功能檢查	Crea 肌酸酐 U-A 尿酸 BUN 尿素氮	主要檢查腎炎、尿毒症、泌尿系統阻塞及腸阻塞。
9.血脂肪檢查	CHOL 總膽固醇	監測血中膽固醇濃度以了解學童飲食是否均衡。
10.X 光檢驗	胸部 X 光(數位式)	檢查有無肺結核、肺炎、心臟肥大、支氣管炎、脊椎側彎及肺部病變。

背面尚有說明內容

註：請勾選後並簽名(章)(請簽全名，勿用鉛筆)；下述如有塗改，塗改旁請家長簽名；

如回條未交回、未簽名(章)或未勾選導致無法檢查，則需請家長抽空於規定時間內帶貴子弟至合格醫院補檢。請剪下後於 8/20 繳回

-<

家長同意書回條

務必請於 8 月 20 日繳回

_____ 年 _____ 班 座號：_____ 姓名：_____

(以下，請 **擇一** 勾選)

- ☐ 1. 已詳閱本通知各項說明，**同意**在校健康檢查【含胸腹部、泌尿生殖器檢查(限男生)檢查】
- ☐ 2. 已詳閱本通知各項說明，**同意**在校健康檢查，但**不同意**檢查胸腹部或泌尿生殖器(限男生)自行帶至一般外科或泌尿科醫師檢查，並另交診查回條。
- ☐ 3. 已詳閱本通知各項說明，**拒絕**在校接受健康檢查，會自行帶至其他醫院檢查(費用自理)，並自行將檢查報告於 9 月 30 日前交回學校衛生組。

家長簽名(簽章)：_____與學生關係：_____聯絡電話：_____日期：_____年 _____月 _____日

※健檢注意事項：

1. 檢查抽血當天早上不需空腹，可吃早餐(清淡飲食，避免高糖及高油食物)、喝白開水，尤其不喝含糖飲料，以免影響檢驗結果。
2. 檢查當天若有任何身體不適請立即向現場工作人員或學校健康中心反映；若適逢生理期則需告知檢查單位。
3. 檢查男生泌尿生殖器〈女生無此項檢查〉或胸部、腹部檢查須拉起上衣時，檢查場地會有安全及適當之遮蔽，並有老師、工作人員或醫護人員在現場協助，維護學生隱私。
4. 檢查胸部會進行聽診、腹部檢查會視情況進行叩診或觸診，以上檢查一般無需拉起衣物，除非現場醫師判斷須拉起上衣；檢查男生泌尿生殖器官時，會請他將褲子拉下，露出下腹部及大腿，以便進行視診及觸診，請您給予貴子弟妥適說明，以減輕焦慮。基於尊重隱私權如您不同意貴子弟在校內進行胸、腹部、泌尿生殖器檢查，請您自行帶至合格醫院檢查，並另交診查回條。
5. 如有近視，請戴眼鏡，勿戴隱形眼鏡(需測量裸眼及矯正視力)。胸前請勿配帶金屬物品及項鍊(需行胸部 X 光)。
6. 檢查報告完成後將發予學生轉交家長，如有異狀，請遵照建議科別，帶往醫療院所複檢或矯治，並將複檢或矯治結果交回健康中心，以追蹤維護學生健康。
7. 若有疑問請電話洽詢衛生組電話：08-7624002分機1524；健康中心 聯絡電話：08-7659025分機21

國立屏科實驗高級中等學校學務處 敬啟



屏科實中【高中部】學生特殊疾病暨緊急醫療聯絡調查表

請於 8 月 20 日繳回

親愛的家長您好：

本校為更進一步了解貴子弟的健康狀況，及在校期間發生疾病或意外事故時之處理，特擬此調查表，以提供健康中心在健康照護上之參考，請詳細填述、簽章後統一繳回給導師檢視，再送回健康中心建檔，謝謝！（若就學後有新增特殊疾病須照顧，請至健康中心更新資料或來電告知）

一、基本資料：

學生姓名：	☐ 男 ☐ 女	學生電話：	一年 班 號
生日： 年 月 日	身分證字號：	血型：	二年 班 號
家長姓名：	聯絡電話：	()	三年 班 號
現居住址：			

二、緊急聯絡人 2-3 位【父母親及鄰近之親友】：至少 2 位

關係	姓名	居家電話	服務單位	服務單位電話	行動電話
		()			
		()			
		()			

※與貴子弟同校就讀的親友姓名：

關係	學生姓名	就讀班級	關係	學生姓名	就讀班級
		年 班 號			年 班 號

三、疾病史：（請在☐內打 v）

1. ☐到目前為止身體狀況一切正常。

2. 個人疾病史：

- ☐ (1) 心臟病 ☐ (5) 氣喘 ☐ (9) 癲癇 ☐ (12) 過敏物質：_____
- ☐ (2) 糖尿病 ☐ (6) 蠱豆症 ☐ (10) 腦炎 ☐ (13) 重大手術：_____
- ☐ (3) 腎臟病 ☐ (7) 肺結核 ☐ (11) 疝氣 ☐ (14) 精神疾病：_____
- ☐ (4) 血友病 ☐ (8) 肝炎 (A. B. C. D) ☐ (15) 其他：_____

3. 上列疾病中：☐已痊癒 ☐未痊癒，但目前不需治療 ☐未接受治療，原因_____

☐目前仍接受治療：醫院（診所）名稱：_____

就醫或用藥情形（請詳述）：_____

4. 因上述疾病，在健康照護上需特別注意之情形：

請說明：_____

5. 曾經住院：【原因：_____】

6. 曾經手術：【原因：_____】

※7. 醫師曾特別指示不宜做劇烈運動：【原因：_____】

8. 因先天性疾病或意外導致之缺陷或殘障，並經政府鑑定領有殘障手冊者：

殘障名稱：_____ ☐極重度☐重度☐中度☐輕度殘字第_____號

9. 家族疾病史：患者與學生關係：_____病名：_____目前仍治療中☐是☐否

四、當學生需緊急就近送醫，請勾選下列醫院：（僅供參考）

- ☐ (1) 屏東基督教醫院 ☐ (2) 屏東醫院 ☐ (3) 其他：_____

家長簽章：_____



日期：114 年____月____日