

馬偕學校財團法人馬偕醫學院學生健康檢查實施辦法

99年12月24日第4次學生事務會議通過
104年4月8日第29次行政主管會議通過
104年4月15日第3次校務會議通過
108年10月23日由校務會議授權統一修改學校全銜

- 第一條 為辦理本校學生身體健康檢查業務，依據學校衛生法第八條第二項規定訂定「馬偕學校財團法人馬偕醫學院學生健康檢查實施辦法」（以下簡稱本辦法）。
- 第二條 本校實施學生健康檢查之對象、項目及方法，係依教育部所定之學生健康檢查基準表(如附件一)規定辦理。
- 第三條 本校應於新生入學時委託合格醫療院所辦理學生健康檢查並做成紀錄，於開學後一個月內將體檢報告送交學務處衛保組彙整，以瞭解學生健康狀況，做為日後疾病防範及宣導之參考。
- 第四條 本校應於新生入學時進行學生健康基本資料調查並做成紀錄。學生健康基本資料應包括家族疾病史、個人疾病史、特殊疾病現況及是否領有重大傷病卡或中心臟礙手冊之資格。
- 第五條 本校辦理學生健康檢查前應通知學生及家長，說明檢查之目的、項目及注意事項。家長應提供學生健康基本資料及平日健康狀況，提供檢查人員參考。家長如知悉學生罹患學校衛生法第十二條所列疾病者，應在收到新生入學健康檢查通知時，以所附調查表回覆學校。
- 第六條 本校對健康檢查結果發現異常之學生，應協助家長與學生採取下列相關措施：
一、實施健康指導，輔導學生對異常項目進行轉介複查及適當矯治，並予追蹤。
二、對罹患傳染性疾病學生，應依衛生主管機關相關法令辦理。
三、對罹患特殊疾病學生，應進行個案管理，並妥適安排其參與之活動。
前項處理措施執行過程，應妥為記錄。
- 第七條 本校應將學生健康檢查及矯治結果，予以記錄、建檔及統計，必要時，應知會相關人員共同維護學生活動安全，並依健康檢查結果辦理學生健康促進活動。前項學生健康檢查紀錄卡格式，係依教育部民國103年08月05日發文字號臺教綜(五)字第1030104406號訂定，並加入本校健康促進計畫所須之檢查項目(如附件二)。
- 第八條 本辦法如有未盡事宜，得視外部法規修正或實際需要另行補充辦理。
- 第九條 本辦法經學生事務會議、行政會議及校務會議通過後公告實施，修正時亦同。

附件一

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
	耳道畸形	○	×	×	×	×	視診	
	耳膜破損、盯聾堵塞、扁 桃腺腫大及其他異常	○	△	△	△	△	視診、觸診	頭鏡、耳鏡、手電筒、壓 舌板、燈光
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 (只適用男生)
	包皮異常、精索靜脈曲張 及其他異常	⊕	⊕	⊕	⊕	△	視診、觸診	
寄生蟲	腸內寄生蟲	△	△	△	×	×	糞便檢查	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。

⊕應檢查但需家長同意之項目，如家長不同意學生在校內進行胸部、腹部、泌尿生殖檢查，請家長自行帶至醫療院所檢查，費用自理，並將檢查報告繳交學校。

馬偕醫學院學生健康資料卡

學號

學生基本資料	入學日期	年 月	就讀系所、班(組)別				姓名			
	出生日期	年 月 日	血型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號			
	戶籍地址						學生本人行動電話			
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：					相片黏貼處 (由各校決定是否蒐集)			
	緊急聯絡人、 監護人或 附近親友	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：_____								

生活型態	高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於 500 度？ <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 不知道										
	領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 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"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____， <input type="checkbox"/> 2. 不知道										
	※ 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"/> 每日睡足 7 小時 <input type="checkbox"/> 不足 7 小時 <input type="checkbox"/> 時常失眠										
	2. 過去 7 天內(不含假日)早餐習慣： <input type="checkbox"/> 都不吃 <input type="checkbox"/> 有時吃，吃_____天 <input type="checkbox"/> 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"/> 0 天 <input type="checkbox"/> 1 天 <input type="checkbox"/> 2 天 <input type="checkbox"/> 3 天 <input type="checkbox"/> ④ 4 天 <input type="checkbox"/> ⑤ 5 天 <input type="checkbox"/> ⑥ 6 天 <input type="checkbox"/> 7 天										
	4. 過去一個月內，你吸菸/煙(包括傳統紙菸、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形？ <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 有時喝酒 <input type="checkbox"/> 每天喝酒(<input type="checkbox"/> a 2 杯以上、 <input type="checkbox"/> b 1 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 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml。										
	6. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？ <input type="checkbox"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ④ 已戒除										
	7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常										
8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常											
9. 過去 7 天內，你多久排便一次？ <input type="checkbox"/> 每天至少一次 <input type="checkbox"/> 兩天 <input type="checkbox"/> 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"/> 不到 2 小時 <input type="checkbox"/> 約 2-4 小時 <input type="checkbox"/> 約 4 小時以上，_____小時											
11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> 0 次 <input type="checkbox"/> 1 次 <input type="checkbox"/> 2 次 <input type="checkbox"/> 3 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"/> 每半年一次 <input type="checkbox"/> 每年一次 <input type="checkbox"/> 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"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 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？ 非常好 好 一般 ④不好 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？ 非常好 好 一般 ④不好 ⑤非常不好

※ 目前有哪些健康問題？請敘述：0. 無 1. 有，是否需學校協助：0. 否 1. 是

全身檢查項目		檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選）				檢查醫事人員簽章			
身高：_____公分		體重：_____公斤		腰圍：_____公分※					
血壓：_____ / _____ mmHg		脈搏：_____次/分※							
視力檢查 裸視：右眼_____左眼_____		矯正視力：右眼_____左眼_____							
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 辨色力異常△ <input type="checkbox"/> 其他_____							
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜破損△ <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大△ <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞△ <input type="checkbox"/> 其他_____							
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_____							
胸腔及外觀	<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_____							
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"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 其他_____							
泌尿生殖△	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未檢查	<input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <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	未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 牙齦炎※： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 有牙結石※： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他_____							
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 異常註記 追蹤		實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果 異常註記 追蹤	
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)				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 ($10^6/\mu\text{L}$)				血清 免疫學	HBsAg△			
	血小板 ($10^3/\mu\text{L}$)					Anti-HBs△			
	平均血球容積比 (fl)				其他※				
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								