

國立勤益科技大學學生健康檢查實施計畫

- 88.11.1 勤技學字第 4513 號函訂頒
- 96.1.31 經 95 學年度第 1 學期第 3 次臨時校務會議通過修訂
- 106.6.27 經 105 學年度第 2 學期衛生及膳食委員會聯席會議通過修訂
- 106.7.4 勤益科大學字第 1061100550-B 號函修頒
- 110.1.19 經 109 學年度第 1 學期衛生及膳食委員會聯席會議通過修訂
- 110.1.22 勤益科大學字第 1101100068-B 號函修頒
- 111.1.18 經 110 學年度第 1 學期衛生及膳食委員會聯席會議通過修訂
- 111.1.20 勤益科大學字第 1111100057-D 號函修頒

壹、目的：

- 一、瞭解大專院校學生健康狀態，以共同關心與維護學生身心健康。
- 二、早期發現疾病與體格缺點、追蹤、矯治、以增進學生健康。

貳、依據：

- 一、學校衛生法第八條規定辦理。
- 二、教育部 110 年 12 月 29 日臺教綜(五)字第 1100174999 號函「大專校院學生健康檢查工作手冊」。

參、實施對象：勤益所有學生（含轉、復學生）。

肆、作業流程：如附表一。

伍、作業流程補充說明：

- 一、事前規劃：由衛保組依據教育部公佈之健康檢查實施項目最低標準建議表及實際狀況製作合約書。
- 二、醫院撰寫規劃書：由醫院依照健康檢查實施項目最低標準建議表及合約書的內容製作健康檢查規劃書（內容包含：1.健康檢查費用；2.合格醫院證明文件及健檢醫療人員履歷；3.配合健檢醫療設備 4.健檢後之服務；5.其他）。
- 三、學校審核：委員會擇期書面審核有意願承辦健康檢查醫院的規劃書，並於會後決定符合需求之醫院承辦。
- 四、簽合約：將得標之醫院及雙方合約書簽請校長核准用印。
- 五、實施健康檢查：由承辦醫院至本校校區內或自行在承辦醫院實施健康檢查。

（一）定期健康檢查：

1. 新生於註冊時間或擇期實施健康檢查，另外本校可視需要於學生畢業前再進行追蹤檢查。
2. 學生若未依規定於新生註冊時健康檢查，應於註冊時繳交三個月內於公立醫院之健檢資料，其檢查項目必須符合大專院校學生健康檢查實施項目最低標準建議表，如檢查項目不完整需逐項補檢，酌情收費。
3. 若未按規定定期健康檢查，由衛保組通知擇期補檢或自行至承辦醫院健檢，仍未依規定健檢學生，由衛保組簽請議處。
4. 定期健康檢查，除非特殊狀況原則上在校內實施。

（二）不定期健康檢查：若上級主管、老師或相關人員認為下列情況學生有必要再實施健康檢查時，可採臨時健檢方式：

1. 對定期檢查結果認為有繼續檢查的必要時。
2. 針對有特殊疾病之學生要求做追蹤、檢查。
3. 由教育部臨時來的公文做檢查。
4. 其他認為有舉行臨時健康檢查之必要時。

六、紀錄：由承辦醫院紀錄學生健康檢查資料卡及健康檢查紀錄表(如附表二及附表三)。健康檢查資料卡及健康檢查紀錄表送衛保組惠存，健檢報告書直接發送學生自存。

七、資料統計分析：由承辦醫院將分析、統計後的健康檢查體檢總表送至衛保組。

八、資料的列管與追蹤：衛保組針對特殊疾病之學生予以列管、追蹤。

陸、行政支援：

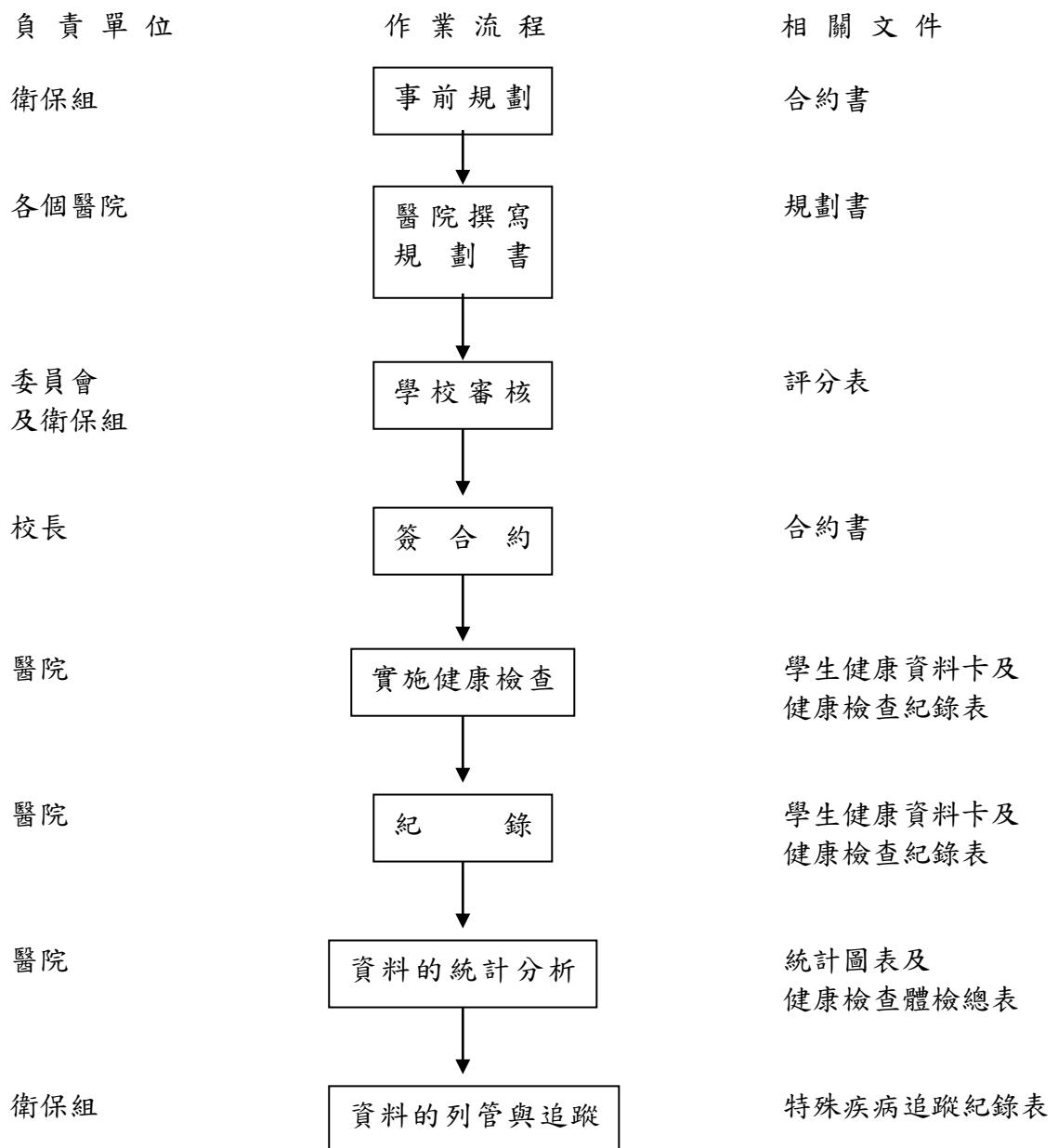
一、請註冊組將衛保組的健檢相關規定列於註冊通知單上。

二、在校內健檢之場地選擇及配置，由衛保組協調相關單位（如：進修部學務組、事務組...等）。

柒、相關文件：評分表、合約書、規劃書、學生檢查資料卡及健康檢查紀錄表、特殊疾病追蹤紀錄表。

捌、本實施計畫經衛生暨膳食委員會會議討論通過，經校長核可後實施，修訂時亦同。

附表一



附表二

國立勤益科技大學 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		相片黏貼處 (由各校決定是否蒐集)								
	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	學生本人 E-mail											
監護人或附																		
近親友																		
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"/> 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																	
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，_____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時常喝酒 <input type="checkbox"/> ③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"/> 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. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常																	
	8. 常覺得憂鬱嗎？ <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 小時或以上，_____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？ <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，是否需要學校協助： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是																	

(依據教育部 110 年 12 月來文修訂)

國立勤益科技大學學生健康檢查紀錄表

班級：

學號：

姓名：

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	BMI：	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 <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 牙結石： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <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 <input type="checkbox"/> 其他建議：			科醫師診治	承辦檢查醫院簽章	
實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果		初查結果	
			異常註記	追蹤	異常註記	
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)				血液常規檢查	
	尿糖 (+)(-)					
	尿潛血 (+)(-)					
	酸鹼值					
血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)				平均血球容積 MCV (fl)	
腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)				血球容積比 Hct (%)	
	尿酸 (mg/dl)				肝功能	
	血尿素氮 (mg/dl)				SGOT (AST) (U/L)	
					SGPT (ALT) (U/L)	
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					

（依據教育部 110 年 12 月來文修訂）