

# 新生入學健康檢查作業流程

## 一、目的

- (一)測知學生之生長發育及健康狀況。
- (二)早期發現缺點及疾病，以謀早期矯治。
- (三)養成個人重視身心健康之觀念、態度與行為。
- (四)促進家長與教師對於學生健康之注意與關心。
- (五)根據檢查結果，決定學生身體之適應能力，以便參加合適的體育或其他教育活動。

## 二、依據

依教育部學校衛生工作指引「學校衛生保健實施辦法」第七條之規定。

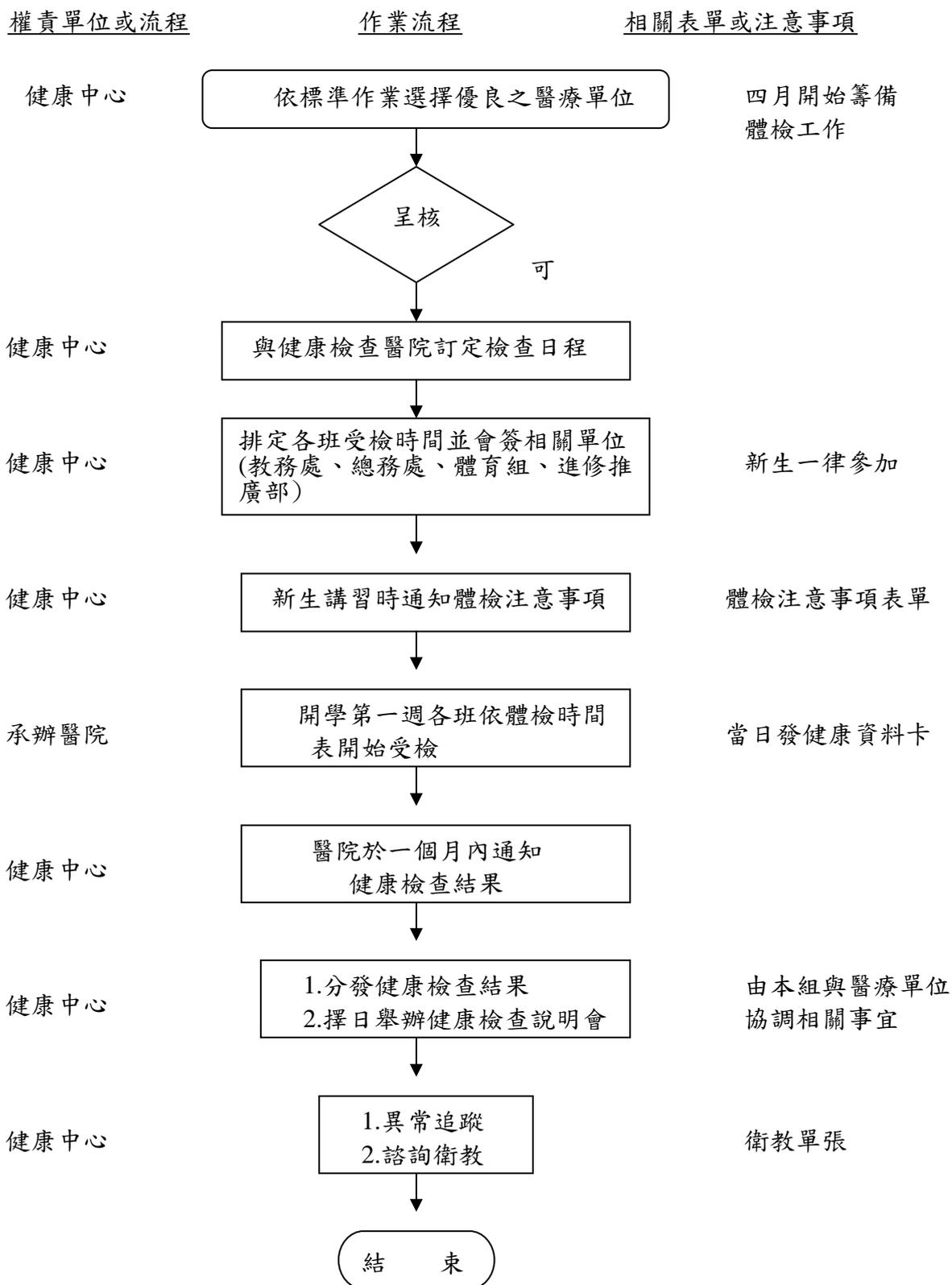
## 三、範圍

本校全體新生。

## 四、作業流程說明

- (一) 依標準作業程序辦理，選擇品質良好之醫療單位承辦此業務。
- (二) 本組之參與人員需及早規畫，接洽與準備此業務。
- (三) 衛保組與承辦醫院進行聯絡，確認檢查項目，並協調工作分配。
- (四) 每位工作人員以親切的態度就所負責之項目逐項進行之，並確認受檢人身份，就學生之個別問題給與諮詢,並做最適切之服務。
- (五) 當日健康檢查路徑與人數,應妥善規劃，參予體驗工作人員需準時到達會場。
- (六) 健檢會場由衛保組及承辦醫院負責佈置，必要時請總務處支援。
- (七) 除能提出符合規定之醫院健檢證明之新生，得免參加健檢之外，其餘新生均需接受健康檢查。
- (八) 新生健康檢查之收費，於體檢當日逕交體檢醫院收費員。
- (九) 健康檢查報告由承辦醫院規定時間內送交衛保組，並由衛保組轉發受檢人，其資料屬機密性，不得公開。
- (十) 檢查結果由衛保組護理人員彙總，進行異常追蹤。

五、作業流程圖



## 六、附件

國立聯合大學學生健康資料卡

## 七、參考資料

教育部學校衛生工作指引「學校衛生保健實施辦法」

## 國立聯合大學學生健康資料卡

下列資料請詳細填寫，有各項情況者，請在“”打V或在“    ”內填寫

姓名		身分證字號				血型		處片相貼黏
學號		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期		年	月	日	
科別系所	系 <input type="checkbox"/> 碩 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技							
聯絡住址						電話	( )	
緊急聯絡人	姓	1.	關			電話	( )	
	名	2.	係			電話	( )	
	行動電話	1.		2.				

**※為方便聯絡請留下個人行動電話：**

家 族 病 史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 痛風或高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病 <input type="checkbox"/> 攝護腺癌 <input type="checkbox"/> B型肝炎帶原 <input type="checkbox"/> 其他：_____
------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

本 人 過 去 病 史	曾經醫師診斷確認者，請在 <input type="checkbox"/> 內打勾。 <input type="checkbox"/> 聽力障礙 <input type="checkbox"/> B型肝炎帶原 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 <input type="checkbox"/> 腎臟疾病 <input type="checkbox"/> 膀胱炎 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病 <input type="checkbox"/> 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 頭外傷偏頭痛 <input type="checkbox"/> 痛風或高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 惡性腫瘤 <input type="checkbox"/> 重大手術(名稱) _____ <input type="checkbox"/> 住院史 _____ <input type="checkbox"/> 食物過敏 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 藥物過敏 _____ <input type="checkbox"/> 無上述疾病 <input type="checkbox"/> 其他：_____
----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

服 藥	長期服藥： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→原因：_____
--------	----------------------------------------------------------------------

過 去 一 年 生 活 回 顧	三、請勾選最合適的選項，請在 <input type="checkbox"/> 內打勾。 1. 睡眠時間： <input type="checkbox"/> 每日睡足7-8小時 <input type="checkbox"/> 不足7-8 <input type="checkbox"/> 時常失眠 2. 早餐習慣： <input type="checkbox"/> 每天吃 <input type="checkbox"/> 偶而 <input type="checkbox"/> 不吃 3. 若以每週運動3次，每次至少30分鐘為基準；您做到了嗎： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 4. 吸菸習慣： <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 吸菸，菸量約 <u>    </u> 支/天 5. 喝酒習慣： <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 偶而喝 <input type="checkbox"/> 時常喝酒，酒量約 <u>    </u> 杯/天 6. 嚼食檳榔： <input type="checkbox"/> 不嚼食檳榔 <input type="checkbox"/> 嚼食檳榔，量約 <u>    </u> 粒/天 7. 常覺得焦慮、憂慮嗎？ <input type="checkbox"/> 很少或沒有 <input type="checkbox"/> 偶而 <input type="checkbox"/> 時常 8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> 很少或沒有 <input type="checkbox"/> 偶而 <input type="checkbox"/> 時常 9. 常曾覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> 很少或沒有 <input type="checkbox"/> 偶而 <input type="checkbox"/> 時常 10. 常曾覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> 很少或沒有 <input type="checkbox"/> 偶而 <input type="checkbox"/> 時常 11. 有無月經痛(女生回答)： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
--------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

自 我 健 康 評 估	整體而言，您覺得自己的健康狀況與同年齡的人比較是： 非常好 <input type="checkbox"/> 稍微好 <input type="checkbox"/> 沒有差別 <input type="checkbox"/> 稍微差 <input type="checkbox"/> 非常差
----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※目前	有那些健康問題？請敘述：
-----	--------------