

# 學生健康檢查 行前會議



地址：澎湖縣馬公市中正路 10 號

電話：06-9261151 轉 50124



國民小學名稱 \_\_\_\_\_ 學生健康檢查記錄卡 學 號 \_\_\_\_\_

學生基本資料	入學日期	年 月 日	轉入日期	年 月 日	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	縣 市區 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓之室 市 鄉鎮 里 街										一 年	班 座號		
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：										二 年	班 座號		
	人 友 監 緊 護 人 及 急 緊 護 人 及 聯 護 人 及 絡 附 近 親	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	三 年	班 座號							
							四 年	班 座號							
						五 年	班 座號								
						六 年	班 座號								

健康基本資料	個人疾病史： 本人曾患過的疾病	<input type="checkbox"/> 1. 無	<input type="checkbox"/> 7. 癲癇	<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病： _____	特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要
	<input type="checkbox"/> 2. 肺結核	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 14. 癌症： _____		
	<input type="checkbox"/> 3. 心臟病	<input type="checkbox"/> 9. 血友病	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血： _____		
	<input type="checkbox"/> 4. 肝炎	<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症	<input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱： _____		
	<input type="checkbox"/> 5. 氣喘	<input type="checkbox"/> 11. 關節炎	<input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱： _____		
	<input type="checkbox"/> 6. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 12. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 18. 其他： _____		
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別 _____ 參加保險，類別 <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 學生團體保險 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別 _____ 等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度				
	若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，可提供就診病歷摘要（含疾病現況及應注意事項），做為照護參考。				
	家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 _____，疾病名稱 _____				

經常性檢查及缺點矯治	生長發育	年級項目	一		二		三		四		五		六		
			上	下	上	下	上	下	上	下	上	下	上	下	
		身高(公分)													
		體重(公斤)													
		評值													
	視力檢查及其複查結果	裸視	右												
			左												
		矯正	右												
			左												
			近視												
		遠視													
		散光													
		弱視													
	其他														

在學期間重大傷病事故	新生立體感檢查結果 <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀
------------	--

預防接種	疫苗種類	破傷風減量白喉混合疫苗	小兒麻痺口服疫苗	麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗	日本腦炎疫苗	1. 無卡介苗疤痕，結核菌素測驗( ) 於 年 月 日補接種卡介苗。 同住家屬 X光檢查結果：( ) (1)正常 (2)無空洞 (3)空洞 2. 國小新生需全面接種一劑左列四項疫苗(或視同補種第一劑)，另同時填列全面接種或補種之接種日期於表格內。
	接種劑次日期					
	全面接種(或補種第一劑)					
	補種第二劑					
	補種第三劑					
	補種第四劑					

實驗室檢查	寄生蟲 蟻蟲檢查	一年級初查日：結果：- <input type="checkbox"/> 已服藥完成	複查日：結果：-	四年級初查日：結果：- <input type="checkbox"/> 已服藥完成	複查日：結果：-
	尿液檢查結果	一年級初查日：尿 蛋 白 潛 血 (-) (-) 酸鹼度 ( ) 尿 糖 (-)	複查日：尿蛋白 (-) 潛 血 (-) 尿 糖 (-) 酸鹼度 ( )	四年級初查日：尿蛋白 (-) 潛 血 (-) 尿 糖 (-) 酸 鹼 度 ( )	複查日：尿 蛋 白 潛 血 (-) (-) 酸 鹼 度 ( ) 尿 糖 (-)
	追蹤情形				

班別	一年 班 座號 姓名：	醫事人員	四年 班 座號 姓名：	醫事人員																												
姓名		簽章		簽章																												
檢查項目	年 月 日 檢查結果		年 月 日 檢查結果																													
眼	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視：_____ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視：_____ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其它_____																													
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無異狀 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"/> 耳道畸型 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 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"/> 耳道畸型 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____																													
頭頸	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____																													
胸部	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其它_____																													
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 多併指 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 多併指 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 其它_____																													
腹部	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____																													
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 隱辜 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其它_____																													
皮膚	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疔 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疔 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其它_____																													
口腔	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 其它_____		<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 其它_____																													
牙齒位置圖及檢查代碼：C-齶齒 X-缺牙  -已矯治 /-待拔牙 φ-阻生牙 Sp.-贅生牙			牙齒位置圖及檢查代碼：C-齶齒 X-缺牙  -已矯治 /-待拔牙 φ-阻生牙 Sp.-贅生牙																													
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
上		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上																				
右												左																				
下		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	下																				
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
總評建議	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 _____ 科醫師診治 其他建議：											檢查醫院					<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 _____ 科醫師診治 其他建議：											檢查醫院				

臨時性檢查	名稱	日期	結果	檢查單位	複查追蹤	名稱	日期	結果	檢查單位	複查追蹤
	頭蝨檢查									

健康管理綜合紀錄	學生健康檢查結果追蹤矯治情形 <input type="checkbox"/> 1. 已完成複查與矯治，科別：_____	學生健康檢查結果追蹤矯治情形 <input type="checkbox"/> 1. 已完成複查與矯治，科別：_____
	<input type="checkbox"/> 2. 需持續追蹤矯治項目：_____	<input type="checkbox"/> 2. 需持續追蹤矯治項目：_____
個案管理摘要記載+		

## 國民小學學生健康檢查結果通知書

親愛的家長您好：

貴子女\_\_年\_\_班 座號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 經 衛生福利部澎湖 醫院健康檢查  
結果如下：

班別 姓名	年 班 座號 姓名：		檢查 日期	年 月 日																																																																																																																																			
檢查 項目	無異常	檢查結果(異常者打勾)		醫事人員 簽章	牙齒位置圖及檢查代碼：C-齶齒 X-缺牙   -已矯治 /-待拔牙 φ-阻生牙 Sp.-贅生牙 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">上</td> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> <td colspan="3">上</td> </tr> <tr> <td colspan="3">右</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td colspan="3">左</td> </tr> <tr> <td colspan="3">下</td> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> <td colspan="3">下</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>																18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	上			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上			右													左			下			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	下																						48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14																	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																								
上			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上																																																																																																																										
右													左																																																																																																																										
下			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	下																																																																																																																										
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																					
眼	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 立體感異常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視：_____ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其它_____																																																																																																																																					
耳鼻 喉	<input type="checkbox"/> 無異狀	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"/> 耳道畸型 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____																																																																																																																																					
頭頸	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____		總 評 建 議	檢查單位  <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受  _____ 科醫師診治  其他建議：																																																																																																																																		
胸部	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其它_____																																																																																																																																					
脊柱 四肢	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 多併指 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 其它_____																																																																																																																																					
腹部	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____																																																																																																																																					
泌尿 生殖	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 隱罩 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其它_____																																																																																																																																					
皮膚	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其它_____																																																																																																																																					
口腔	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 其它_____																																																																																																																																					

尿液 檢查	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 尿蛋白	<input type="checkbox"/> 尿糖	<input type="checkbox"/> 尿潛血	血壓： / mmHg	脈搏：
	酸鹼度_____					

健康檢查乃提供您作健康管理之參考。檢查結果異常者，務必請家長帶至合格的專科醫師處，做進一步的檢查。※並將矯治結果回條繳回學校健康中心彙報

∇-----請-----沿-----虛-----線-----剪-----下-----

澎湖縣\_\_\_\_\_學校\_\_\_\_\_學年度學生健康結果矯治狀況回條

班級：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_班 座號：\_\_\_\_\_ 學生姓名：\_\_\_\_\_

診治科別	診療日期	醫療院所名稱	診 ( 斷 ) 療 結 果	醫師簽章	備 註
			複檢後： <input type="checkbox"/> 無異狀不需治療 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 已痊癒		
			複檢後： <input type="checkbox"/> 無異狀不需治療 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 已痊癒		
			複檢後： <input type="checkbox"/> 無異狀不需治療 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 已痊癒		
			複檢後： <input type="checkbox"/> 無異狀不需治療 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 已痊癒		

家長簽名：

## ◆蟯蟲檢查通知書

### 蟯蟲檢查通知書

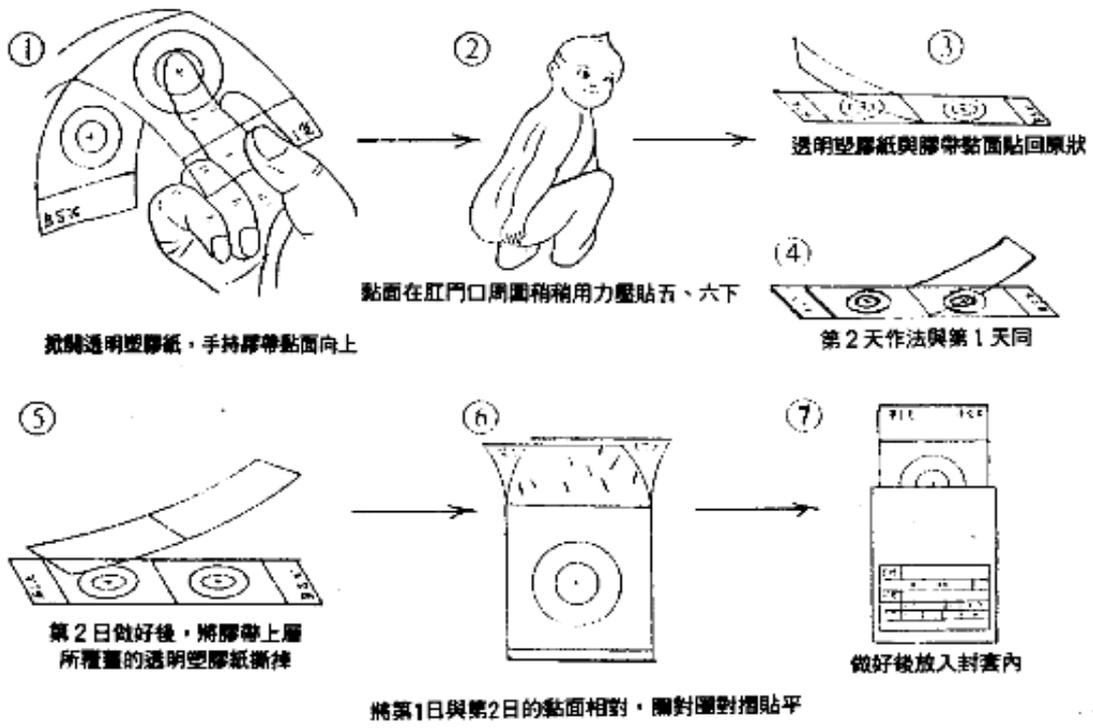
敬愛的家長：

我們肚子裡是否有寄生蟲，可以從檢查大便找到答案。但蟯蟲則例外，牠通常在夜晚爬行肛門周圍排卵，使受感染的孩童肛門搔癢而睡不安穩。因此，要知道是否受到蟯蟲的感染，應以特製的黏膠黏貼肛門周圍，經顯微鏡檢查，最為簡便、確實而可行。這種膠紙肛門周圍蟯蟲檢查方法，以孩童振起未上廁所（大號）前實施的檢出比率最高。因此，有勞貴家長的協助，共同為孩童的保健工作盡力。謝謝您的協助。

下圖是蟯蟲檢查用膠紙使用的步驟，請參閱。

**蟯蟲檢查膠紙使用說明**（如 貴子弟無法自行處理，請家長代勞）

**採樣時間：**早上起床後，未上廁所或未清洗肛門前。



衛生福利部澎湖醫院 關心您！

◆國民中學學生健康紀錄卡

國民中學名稱 \_\_\_\_\_ 學生健康檢查記錄卡

學生 基本 資料	入學日期	年 月 日	休學	年 月	復學	年 月	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	縣 市區 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 鄉鎮 里 街 室												
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：												
	家長監護人及附近親友 緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	七年	班	號					
						八年	班	號						
						九年	班	號						
個人疾病史： 本人曾患過的疾病 <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病： _____													特殊疾病現況或應注意事項	

1. 無           7. 癲癇           14. 癌症：\_\_\_\_\_
2. 肺結核   8. 紅斑性狼瘡   15. 海洋性貧血：\_\_\_\_\_
3. 心臟病   9. 血友病           16. 重大手術名稱：\_\_\_\_\_
4. 肝炎       10. 蠶豆症       17. 過敏物質名稱：\_\_\_\_\_
5. 氣喘       11. 關節炎       18. 其他：\_\_\_\_\_
6. 腎臟病   12. 糖尿病

詳如病歷摘要

領有重大傷病證明卡，類別\_\_\_\_\_參加保險，類別全民健保學生團體保險其他\_\_\_\_\_

領有身心障礙手冊，類別\_\_\_\_\_等級：極重度 重度 中度 輕度

若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，可提供就診病歷摘要（含疾病現況及應注意事項），做為照護參考。

家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂\_\_\_\_\_，疾病名稱\_\_\_\_\_

經常性檢查及其缺點矯治	生長發育	年級	七	七	八	八	九	九
		項目	上	下	上	下	上	下
		身高 (公分)						
		體重 (公斤)						
		評值						
	視力檢查	裸眼	右					
			左					
	矯正視力	右						
			左					
	及其複查	近視						
遠視								
散光								
弱視								
其他								

在學期間  
重大傷病事故

學號		班別		姓名	
檢查日期	年 月 日				
檢查項目	無異狀	檢查結果（異常者打勾）			檢查醫師
眼	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視：_____ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其它_____			

耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無異狀	聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如： <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耳道畸型 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管 <input type="checkbox"/> 耳聾堵塞 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其它_____
頭頸	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____
胸部	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其它_____
腹部	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____
脊柱 四肢	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 多併指 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 其它_____
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其它_____
皮膚	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其它_____
口腔	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其它_____

牙齒位置圖

檢查代碼	<p style="text-align: center;">C-齶齒      -已矯治    X-缺牙    /-待拔牙    ϕ-阻生牙    Sp.-贅生牙</p>															
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	上			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上		
			右											左		
	下			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	下		
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

總評建議	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 其他建議：_____	承辦檢查醫院
------	--	--------

尿液 檢查	初查日期： 年 月 日 尿蛋白(－) 尿糖(－) 潛血(－) 酸鹼度( )	複查日期： 年 月 日 尿蛋白(－) 尿糖(－) 潛血(－) 酸鹼度( )	複查結果追蹤
----------	---	---	--------

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	學生健康檢查結果追蹤矯治情形 <input type="checkbox"/> 1. 已完成複查與矯治，科別：_____ <input type="checkbox"/> 2. 需持續追蹤矯治項目：_____ 個案管理摘要記載：_____
----------------------	--

## 國民中學學生健康檢查結果通知書

親愛的家長您好：

貴子女 年 班 座號： 姓名： 經衛生福利部澎湖醫院 健康檢查結果如下：

學號		班別		姓名																																																																																		
檢查日期	年 月 日																																																																																					
檢查項目	無異狀	檢查結果 (異常者打勾)			檢查醫師																																																																																	
眼	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視：_____ <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其它																																																																																				
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無異狀	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"/> 耳道畸形 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其它_____																																																																																				
頭頸	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____																																																																																				
胸部	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其它_____																																																																																				
腹部	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 其它_____																																																																																				
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 多併指 <input type="checkbox"/> 青蛙肢 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 其它_____																																																																																				
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其它																																																																																				
皮膚	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 其它_____																																																																																				
口腔	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其它_____																																																																																				
牙齒位置圖																																																																																						
檢查代碼      C-齶齒      -已矯治    X-缺牙    /-待拔牙    ϕ-阻生牙    Sp.-贅生牙																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td colspan="3">上</td> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> <td colspan="3">上</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>右</td> <td colspan="9"></td> <td>左</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">下</td> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> <td colspan="3">下</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>						18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	上			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上						右										左				下			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	下			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																							
上			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上																																																																									
			右										左																																																																									
下			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	下																																																																									
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																							
尿液檢查	<input type="checkbox"/> 無異狀	<input type="checkbox"/> 尿蛋白	<input type="checkbox"/> 尿糖	<input type="checkbox"/> 尿潛血	酸鹼度	血壓： /		mmHg 脈搏：																																																																														
總評建議	<input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____ 科醫師診治 其他建議：												承辦檢查醫院																																																																									

健康檢查乃提供您作健康管理之參考。檢查結果異常者，務必請家長帶至合格的專科醫師處，做進一步的檢查。※並將矯治結果回條繳回學校健康中心彙報

▽-----請-----沿-----虛-----線-----剪-----下-----

澎湖縣\_\_\_\_\_國中\_\_\_\_\_學年度學生健康結果矯治狀況回條

班級：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_班 座號：\_\_\_\_\_ 學生姓名：\_\_\_\_\_

診治科別	診療日期	醫療院所名稱	診 ( 斷 ) 療 結 果	醫 師 簽 章	備 註
			複檢後： <input type="checkbox"/> 無異狀不需治療 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 已痊癒		
			複檢後： <input type="checkbox"/> 無異狀不需治療 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 已痊癒		
			複檢後： <input type="checkbox"/> 無異狀不需治療 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 已痊癒		

家長簽名：\_\_\_\_\_

## ◆學生健康檢查同意書

敬愛的家長您好：

依據教育部頒訂學生健康檢查實施辦法，本院將派醫護人員親臨 貴子弟就讀之學校，為學生進行免費全身健康檢查，項目包含理學、尿液、寄生蟲檢查。所有費用由教育部及本縣政府全額負擔。為能順利進行上述檢查工作，請您協助指導 貴子弟遵守下列注意事項：

### 一、全身理學檢查注意事項

- (1) 健檢前一日請為學童清潔耳廓，當日請學童著寬鬆運動服，以利檢查。
- (2) 本院將有醫師及護理人員蒞校檢查眼、耳、鼻、牙齒、心臟、腹部(觸診)、頭頸、胸部(聽診)泌尿生殖器(僅男同學)、四肢等項目。
- (3) 泌尿生殖器需脫下褲子檢查(僅男同學)。(有屏風遮擋)

- (4) 檢查時會確實維護學生之隱私，並由護理人員在旁協助。
- (5) 敬請家長告知 貴子弟，若有不便之處，請轉知該班導師。

### 二、尿液檢體收集注意事項(國中小)

- (1) 收到尿管時將姓名寫在尿瓶上。
- (2) 為了避免影響結果，檢查的前一天晚上，禁止服(食)用含有維他命C的藥品、果汁及可樂等清涼飲料。
- (3) 就寢前請將尿液排放乾淨。
- (4) 早上起床的第一次尿液，先排掉一小部份(取中段尿)，尿入尿杯中；再將尿管蓋子撥開，倒入提供之尿管裝好(至少八分滿)，並將蓋子蓋緊。

- (5) 蓋子蓋緊後，請將尿管蓋子朝下測試是否會滲漏，蓋妥後，受檢日帶回學校受檢。

### 三、寄生蟲檢體收集注意事項(國小)

- (1) 請依蟯蟲採樣黏貼膠紙上之使用步驟說明進行檢體收集。
- (2) 採樣時間：早上起床後，未上廁所或未清洗肛門前。

衛生福利部澎湖醫院

國民中小學 敬啟

V-----請-----沿-----虛-----線-----剪-----下-----

## 國民中(小)學學生健康檢查回條暨受檢同意書

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_班 座號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 體檢日期： 月 日

{ 同意接受『全部』檢查者，請家長在『1』勾選同意，並簽名確認。

同意接受『部分』檢查者，請家長在『2』選項勾選【不願意檢查之項目】，並在該選項簽名確認。

1. 已詳閱本通知各項說明，同意接受健康檢查。	<input type="checkbox"/> <b>同意</b> 接受健康檢查 家長簽名：_____
-------------------------	---

2. 已詳閱本通知各項說明，同意接受部分健康檢查，但對私密部位(勾選如右)，不同意接受檢查。請家長自行陪同子女至附近醫療院所檢查， <u>以上費用自理，並將檢查報告繳交學校。</u>	<b>不願意</b> 在校內檢查下列私密部位： <input type="checkbox"/> 胸部(聽診) <input type="checkbox"/> 腹部(觸診) <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器(僅男同學) 家長簽名：_____
---	---

### ◆給學校衛材說明

#### 【國小】

1. 學生檢查同意書-給學生(健檢前統一交回給校方)
2. 學生健康檢查結果通知書(黃色)-請填寫基本資料後和學校原有的學生記錄卡夾在一起，健檢當日需用到，請勿讓學生帶回家。
3. 蟯蟲檢查通知書-給學生
4. 蟯蟲貼片-給學生
5. 尿杯-給學生
6. 尿管-給學生
7. 貼紙-給學生寫班級姓名座號後貼在尿管上

#### 【國中】

1. 學生檢查同意書-給學生(健檢前統一交回給校方)
2. 學生健康檢查結果通知書(藍色)-請填寫基本資料後和學校原有的學生記錄卡夾在一起，健檢當日需用到，請勿讓學生帶回家。

3. 尿杯-給學生

4. 尿管-給學生

5. 貼紙-給學生寫班級姓名座號後貼在尿管上

### ◆尿液篩檢作業老師配合工作說明

尿液篩檢目的：

進行學生尿液檢查的主要目的，在於早期發現罹患腎臟病及糖尿病的學童，同時藉此檢查提醒家長及校方重視學童身體健康狀況，並在篩檢後，將異常個案轉至醫院進行後續的追蹤及治療，以避免疾病惡化之可能性。

1、 檢查前準備事項：（煩請老師及校護協助完成下列事項）

1. 填寫受檢學生名冊。
2. 受檢前一天分配採尿容器予每位學生。
3. 指導學生正確的採尿方式。
4. 尿液檢體收集後，放置於保健室內蔭涼場所。

2、 初檢器材：

每位學生：紙尿杯、採尿瓶、標籤紙。

3、 檢查注意事項：（為求結果的正確，請協助學生做好下列事項）

1. 收到尿管時將姓名、班級、座號寫在尿瓶上。
2. 為了避免影響結果，檢查的前一天晚上，禁止服（食）用含有維他命C的藥品、果汁及可樂等清涼飲料。
3. 就寢前請將尿液排放乾淨。
4. 早上起床的第一次尿液，先排掉一小部份(取中段尿)，尿入尿杯中；  
再  
將尿管蓋子撥開，倒入提供之尿管裝好（至少八分滿），並將蓋子蓋緊。
5. 蓋子蓋緊後，請將尿管蓋子朝下測試是否會滲漏，蓋妥後，受檢日帶回學校受檢。

4、 收集檢體：

隔天早晨學生將尿瓶交回學校，請老師檢查每位學生標籤是否填妥，統

交給本院檢驗科。

5、 補檢：

初檢當日學生因任何原因缺席而未交檢體，請於補檢時間繳交。

◆其他需配合事項：

一、家長同意書請於健檢前交付學校。(同意接受全部檢查者，同意書當天統一收齊交給報到處；**私密部位不接收檢查者，請夾在該名學生的紀錄卡最上方位置**)

二、受檢當日每位學生會有兩份資料：

1. 學生健康記錄卡。(每間學校應備有記錄卡，若學校未購置，可至教育處網站下載)

2. 學生健康檢查結果通知書。

3. 請將兩份資料上的個人資料、姓名、班級、學號事先填妥後夾在一起。(記錄卡背面基本資料也需填寫)

三、請學校提供場地，8張桌子、椅子約16張、垃圾桶約4個、屏風1~2個。

四、為節省時間請學校協助**事先**佈置場地，請參考場地配置圖，假如場地空間有問題，本院到達會再做調整。(如附件一)

五、蟻蟲貼片請老師提前收集(可提前一星期)，並檢查每位學生資料是否填妥，於受檢日當天統一交給檢驗科。

※受檢日檢體未帶者，請收集後交至**本院一樓檢驗科**。

六、受檢日前一天請老師把尿杯、尿管、貼紙交給學生，請學生隔天早晨將尿管交回學校，並檢查每位學生資料是否填妥，統一交給本院檢驗科。

※受檢日檢體未帶者，可於當天現場檢查。

七、當日無法受檢者，務必事後與本院聯繫，工作人員將安排至附近健檢學校進行補檢，並請家長/校護/老師攜帶**同意書、學生健康記錄卡、結果通知書、補檢人數證明單及健檢當日未繳交之檢體**於補檢地點，補檢時間至

10/24 號。(平日夜間及星期四、五下午本院無體檢醫師，請盡量避開)

八、為使健檢流暢，請老師協助維持現場秩序。

九、檢查完畢，為利後續作業，本院可能會影印記錄卡的背面帶回。

十、於每班檢查後，請老師協助院方工作人員填寫學生健康檢查補檢人數證明單並核對實際到檢人數及補檢人數是否符合後簽名，一份學校留存，二份本院帶回。(如附件二)

十一、健檢結束後一星期，請承辦老師或校護至交換櫃領回學生檢查結果通知書，由校方轉發學生並通知家長。(如:09/18 號-\*\*國小健檢，9/25 號-領回通知單)

十二、本院會提供一份**異常追蹤統計表**至各校承辦老師或校護信箱，麻煩收集異常學生就醫矯治回條後，填入複診結果，以利統計報告。

十三、異常追蹤統計表請於**11/02 號**前回覆(馬公國中則延至**11/09 號**)，逾期將不再另行通知，僅製作未繳交學校清冊，知會教育處。

十四、為使健檢作業流程順暢，請學校承辦老師或校護於**9/14 號(星期五)**前供各班學生名冊。

[名冊請 e-mail 至 00527@png.gov.tw](mailto:00527@png.gov.tw) 葉小姐

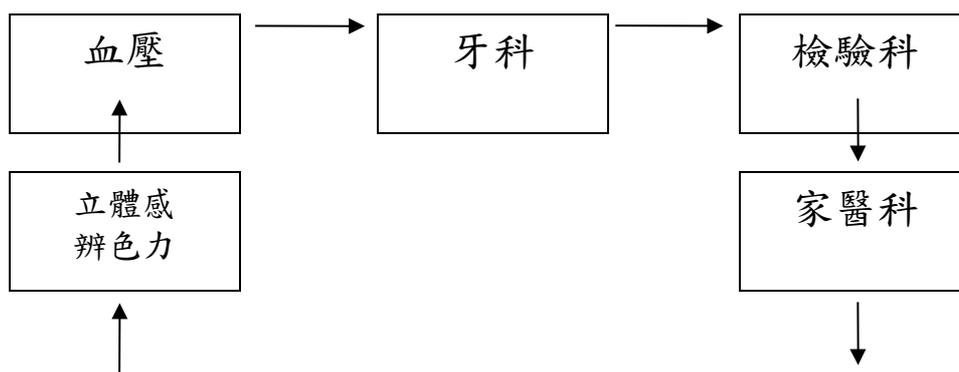
十五、篩檢名冊統一格式。(如附件三)

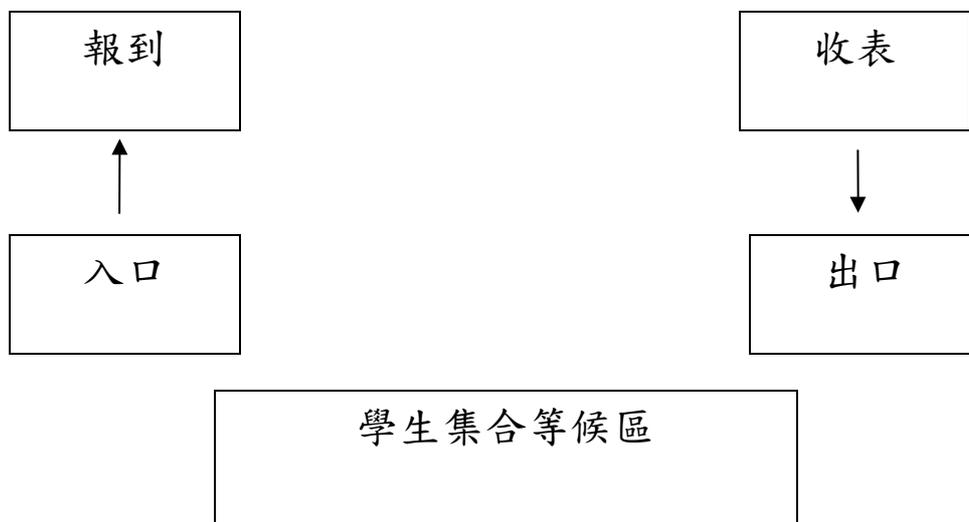
十六、補檢當日應注意事項，可列印後轉交給學生家長。(如附件四)

十七、此次開會資料於會議結束後，置放於教育處網站供各學校下載使用。

十八、連絡電話：9261151 轉 50115 檢驗科范組長或轉 50124 體檢室葉小姐/林小姐。

### 附件一、學生健檢場地配置圖(僅供參考)





### 流程說明：

報到—核對身份

辨識立體感、辨色力

測量血壓

牙科醫師檢查

檢驗科—驗尿、收蟯蟲貼片

家醫科醫師檢查

收表—(該校學生全部完成檢查後與校方核對實際檢查人數並

開立健康檢查補檢人數證明單)

附件二、學生健康檢查健檢人數證明單(本院提供)







攜帶物品：學生健康檢查同意書、學生健康記錄卡、結果通知

書、補檢人數證明單及健檢當日未繳交之檢體。

※本院體檢醫師兼看門診，請陪同人員耐心等待，造成不便，敬請見諒。

電話：(06)9261151#50124

體檢室 敬上