

臺北市非學校型態高中實驗教育 新生健康檢查通知暨家長同意書

親愛的家長：

為增進家長及學校瞭解貴子弟健康情形，教育局委請市立聯合醫院健檢工作團隊，為貴子弟實施健康檢查，期能透過學生健康狀況及生長發育情形，提供適切之醫療建議、治療或矯正，請家長可詳閱本通知說明後，於 **9/24(週四)前** 填妥回條繳回，謝謝您。

一、依 102 年 3 月 29 日臺教綜(五)字第 1020007918C 號，署授國字第 1020000900 號令修正發布之『學生健康檢查實施辦法』辦理。

二、檢查費用：免費，由臺北市政府教育局專案補助。

三、檢查項目、日期及地點（若日期異動將另行通知）

項目	日期	時間	地點	備註
X 光檢驗	115 年 10 月 28 日 (星期三)	下午 13:30 - 15:00	臺北市實驗教育創新發展中心一樓 地址：臺北市中山區吉林路 110 號 6 樓 (捷運：南京松江站 8 號出口)	領取尿液檢查管
血液及一般檢查	115 年 11 月 25 日 (星期三)	上午報到抽血 08:30 - 09:00 11:30 結束	臺北市弘道國民中學活動中心三樓 地址：臺北市中正區公園路 21 號 (捷運：中正紀念堂站 7 號出口)	1. 繳交尿液檢查管 2. 抽血 3. 一般檢查

四、檢驗項目：

符號○指應檢查項目、⊕指須家長及學生同意在校檢查之項目，如家長不同意學生在校內進行檢查，請家長於回條簽名確認，自行帶至醫療院所自費受檢。

項目	內容	高中職一年級
血液檢驗、胸部 X 光檢驗：檢查項目內容說明請見第五、六項		○
尿液	尿蛋白、尿糖、潛血、酸鹼度	○
一般檢查	血壓	○
眼睛	辨色力、斜視、其他異常	○
頭頸	斜頸、異常腫塊及其他	○
口腔	齲齒、缺牙、咬合不正、口腔衛生、恆牙大白齒之窩溝封填、牙結石、牙齦炎及其他異常	○
耳鼻喉	聽力	○
胸腔及外觀	心肺疾病、胸廓異常及其他異常	⊕
腹部	異常腫大及其他異常(含腰圍)	⊕
脊柱四肢	脊柱側彎、肢體畸形、蹲踞困難及其他異常	○
皮膚	癬、疥瘡、疣、異位性皮膚炎、溼疹及其他異常(衣服外露部分)	○
泌尿生殖*	包皮異常、精索靜脈曲張、陰囊腫大及其他異常	⊕

*泌尿生殖器官檢查項目，僅適用男生，精索靜脈曲張與男性不孕症有關連性。

五、健康檢查說明事項：

請家長詳閱本通知之學生健康檢查說明事項後，向貴子女說明，若有疑問，請致電與機構團體老師或與實驗教育中心聯絡。

1. 檢查當天請勿點眼藥膏、餐後請刷淨牙齒，穿著體育服裝（二截式）。
2. 檢查時學生持自己的健康檢查卡及檢查結果通知單，依序接受各科醫師檢查。
3. 胸、腹部檢查時上衣需上拉至胸部上緣，原則上需露出整個胸部（女生不須脫去內衣），以利醫師視診胸廓及腹腔外觀及聽診心肺聲音，男生泌尿生殖器檢查時褲子需褪至大腿一半處，並接受醫師觸診。上述檢查因涉及隱私，會有簾幕、屏風遮蔽，在特殊情況下，徵求受檢者同意下，才得允許其他志工或校方人員進入檢查空間內給予協助。
4. 承辦醫院因人力調度，不一定有與受檢學生同性別醫師，檢查當天對於胸、腹部檢查，醫院會尊重學生意願，請家長及學生於同意書回條簽名確認。

六、尿液檢查：

1. 檢查前一天晚上請勿服(食)用含維他命C之藥品、含高糖分之飲料(可樂、果汁)，晚上就寢前，請先將尿液排放乾淨。(配合明日的血液檢查空腹至少8小時。)
2. 當天早上起床後，以紙尿杯收集尿液，請將第一次尿液排掉前面一部份，留取中段尿在尿杯中，裝入尿液試管至8分滿，將蓋子壓緊蓋好，建議放入塑膠夾鏈袋直立放置。標籤資料填寫完整且貼緊尿液試管。
3. 試管上的標籤請勿毀損。**請於11/25(三)上午8:30體檢報到時，交至現場尿液檢查區。**
4. 女生檢查當日若適逢生理期則免採檢，當日未繳交者視同放棄檢驗。

七、胸部X光檢查：

1. 檢查當天胸前請勿配帶金屬物品及項鍊或其他金屬、塑膠飾品。執行此項檢查時，請依放射師口令配合吸氣動作；並注意上下階梯與環境之安全。
2. 胸部X光檢查結果無異狀者不另行通知，有異狀者另發通知。

八、血液檢查：

1. 血液檢查項目包括血液常規檢查、肝功能、腎功能、血糖、三酸甘油酯、膽固醇（含高密度膽固醇）等項目。受檢學生需空腹至少8小時，請於前日午夜12點以後停止進食，請勿劇烈運動，如身體有特殊狀況，請告知承辦老師，並於抽血前告知現場工作人員。如果口渴只能喝白開水，不能喝其他飲料，以免影響檢驗結果，請自備早餐，健檢完成後即可進食。
2. 檢查判讀結果待與其他檢查報告完成彙整後，經醫師總評之綜合檢查報告，統一送至教育局，再由實驗教育中心分送給機構、團體及個人自學生。

九、承辦醫院以學生身分證字號建置健康檢驗資料，僅供核對及資料保存用。

十、學生健康檢查資料去除個人資料後上傳至教育部，由教育部及教育局辦理統計分析。

十一、在校健康檢查為基本篩檢，不代表正式醫療診斷，僅提供您作貴子弟健康管理參考，通知「無異狀」仍請關心健康情形；通知「有異狀」者，請您追蹤檢查並諮詢醫療專業人員，請依建議科別至醫療院所複診或矯治，以維護學生健康權益。

臺北市高級中等教育階段非學校型態 個人實驗教育
新生健康檢查家長同意書回條

一、高一新生無論是否參加，均請於115年9月24日(四)前簽名繳交。

二、請勾選健檢意願，僅參與部分項目健檢者，請務必勾選項下不檢查項目。

基本 資料	學生姓名：_____ 年 級： ☐ 高一上 ☐ 其他：_____ (高中生僅能進行一次健檢，於高一上受檢，若特殊狀況請說明。)
意願 調查	☐ 1. 已詳閱本通知各項說明，同意接受 全部 健康檢查項目。 (包含：血液、胸、腹部檢查，男生增加泌尿生殖器檢查) ☐ 2. 已詳閱本通知各項說明，同意接受 部分 健康檢查，但對於 私密部位或血液檢查 ，不同意接受檢查(請勾選下列項目)。請家長自行安排子女至醫療院所自費檢查。 ※不願意在校內檢查下列項目： ☐ 胸、腹部檢查 ☐ 泌尿生殖器檢查(男生) ☐ 抽血檢查，原因：_____ (請註明)。 ☐ 3. 無法在當天接受健康檢查，因為：_____
簽 名	家長簽名：_____ 學生簽名：_____ (請簽全名) (請簽全名) 日期： 115 年 月 日
備 註	1. 同意書：於學期初前來中心註冊時繳交，或於9月24日(四)前拍照或掃描同意書E-MAIL 或上傳官 LINE 給中心高中老師。E-MAIL： taipei25626552@gmail.com ；實驗中心官方 LINE ID：@taipei_teec。 2. 健康檢查紀錄卡：個人自學生自行填寫，115年11月25日(四)弘道國中體檢現場，隨項目檢查登陸結果，當日結束後自行留存，不用交給老師。

臺北市高級中等教育非學校型態實驗教育學生健康檢查紀錄卡

學生基本資料	入學日期	115 年 8 月		休學	年 月		復學	年 月		姓名									學號									
	出生日期	年 月 日		血型			性別	☐ 男 ☐ 女		身分證字號										原住民身份	☐ 是 ☐ 否							
	戶籍地址	縣 市區 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓室 科別 市 鄉鎮 里 街																										
	現居地址	☐ 同上 ☐ 如右：																		學生手機：								
	緊急聯絡人	附近親友家長監護人及	關係	姓名		電話（家）		電話（公）		行動電話				一年 班 號				二年 班 號				三年 班 號				年 班 號		
健康基本資料	個人疾病史： 1. ☐ 至目前為止身體狀況一切正常 2. 曾經罹患過的疾病 ☐ 1 心臟病 ☐ 2 第__型糖尿病 ☐ 3 腎臟病 ☐ 4 血友病 ☐ 5 蠱豆症 ☐ 6 肺結核 ☐ 7 氣喘 ☐ 8 肝炎（A、B、C、D、E） ☐ 9 癲癇 ☐ 10 腦炎 ☐ 11 疝氣_左_右（ ☐ 已手術 ☐ 未手術治療） ☐ 12 過敏物質名稱：_____ ☐ 13 重大手術名稱：_____ ☐ 14 罕見疾病：_____ ☐ 15 海洋性貧血 ☐ 16 紅斑性狼瘡 ☐ 17 關節炎 ☐ 18 心理或精神疾病：_____ ☐ 19 癌症_____ ☐ 99 其他 3. 上述疾病目前是否持續治療中 ☐ 否 ☐ 是（請續填寫醫療院所名稱與治療藥物名稱與服用方式） 醫療院所名稱： 治療藥物名稱與服用方式： ☐ 否 ☐ 是 ※若有上述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）或診斷書；治療藥物名稱可檢附藥袋，作為照護參考。																		特殊疾病現況或應注意事項 ☐ 詳如病歷摘要 家長簽名：									
	☐ 領有重大傷病證明卡 ☐ 領有身心障礙手冊，類別等級： ☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度 ※請檢附並影印重大傷病卡及身心障礙手冊																											
	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	年級項目	一		二		三		四																		
				上	下	上	下	上	下	上	下																	
身高（公分）																												
體重（公斤）																												
BMI																												
體位評估		☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重		☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重		☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重		☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重		☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重		☐ 過輕 ☐ 適中 ☐ 過重 ☐ 超重																
視力檢查及複查		裸眼視力	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左																
		戴鏡視力	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左																
		屈光度數	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左	右 左																
		屈光異常類別	☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視		☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視		☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視		☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視		☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視		☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 散光 ☐ 弱視 ☐ 高度近視															
	處置情形	☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑型 ☐ 配鏡矯治 ☐ 更換鏡片 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 定期檢查 ☐ 其他		☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑型 ☐ 配鏡矯治 ☐ 更換鏡片 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 定期檢查 ☐ 其他		☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑型 ☐ 配鏡矯治 ☐ 更換鏡片 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 定期檢查 ☐ 其他		☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑型 ☐ 配鏡矯治 ☐ 更換鏡片 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 定期檢查 ☐ 其他		☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑型 ☐ 配鏡矯治 ☐ 更換鏡片 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 定期檢查 ☐ 其他		☐ 長效散瞳 ☐ 短效散瞳 ☐ 角膜塑型 ☐ 配鏡矯治 ☐ 更換鏡片 ☐ 戴隱形眼鏡 ☐ 定期檢查 ☐ 其他																
		在學期間重大傷病事故																				重要紀錄卡 請妥善保存						
疫苗接種紀錄 (流感、新冠肺炎)		疫苗種類	疫苗接種日期				疫苗種類	疫苗接種日期																				

學號		就學單位	☐ 個人實驗較教育 ☐ 機構、團體名稱：		姓名	
檢查日期	115 年 11 月 25 日					
檢查項目	檢查結果（採勾選方式，「其他」未詳列項目請以中文載明。）					醫事人員簽章
	血壓：____/____mmHg 脈搏：____次/分 腰圍：____公分					
血壓	☐ 無明顯異常	☐ 異常收縮壓：____mmHg 舒張壓：____mmHg				
脈搏	☐ 無明顯異常	☐ 異常脈搏：____次/分				
眼睛	☐ 無明顯異常	☐ 辨色力異常 ☐ 斜視：____ ☐ 睫毛倒插 ☐ 眼球震顫 ☐ 眼臉下垂 ☐ 其他____				
耳鼻喉	☐ 無明顯異常	☐ 聽力異常（右、左） ☐ 耳膜破損（右、左） ☐ 耳道畸形（右、左） ☐ 耳前瘻管（右、左） ☐ 唇顎裂 ☐ 構音異常 ☐ 耳垢栓塞（右、左） ☐ 扁桃腺腫大 ☐ 過敏性鼻炎 ☐ 慢性鼻炎 ☐ 其他				
頭頸	☐ 無明顯異常	☐ 斜頸 ☐ 異常腫塊（ ☐ 甲狀腺腫 ☐ 淋巴腺腫大 ☐ 其他異常腫塊） ☐ 其他__				
胸部 （胸腔及外觀）	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢	☐ 胸廓異常 ☐ 其他____ ☐ 心肺疾病（ ☐ 心雜音 ☐ 心律不整 ☐ 呼吸聲異常 ☐ 其他心肺疾病_____）				
腹部	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢	☐ 腹部異常腫大 ☐ 其他_____				
脊柱四肢	☐ 無明顯異常	☐ 脊柱側彎 ☐ 肢體畸形（ ☐ 多併指（趾） ☐ 關節變形 ☐ 其他肢體畸形____ ☐ 蹲距困難 ☐ 其他_____				
泌尿生殖	☐ 無明顯異常 ☐ 不同意受檢	☐ 陰囊腫大 ☐ 包皮異常 ☐ 精索靜脈曲張 ☐ 其他_____※僅限男生受檢				
皮膚	☐ 無明顯異常	☐ 癬 ☐ 疣 ☐ 紫斑 ☐ 疥瘡 ☐ 溼疹 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 其他__				
口腔	未治療齲齒： ☐ 無 ☐ 有 已治療齲齒： ☐ 無 ☐ 有 恆牙第一大臼齒齲齒經驗： ☐ 無 ☐ 有，上顎 ☐ 16 ☐ 26；下顎 ☐ 36 ☐ 46 恆牙第一大臼齒窩溝封填： ☐ 無 ☐ 有 ☐ 口腔衛生不良 ☐ 牙結石 ☐ 牙齦炎 ☐ 牙周病 ☐ 乳牙待拔牙 ☐ 待拔牙 ☐ 贅生牙 ☐ 缺牙 ☐ 阻生牙 ☐ 咬合不正 ☐ 口腔黏膜異常 ☐ 其他____					
尿液檢查	初查日期：__年__月__日		複查日期：__年__月__日		複查結果追蹤	
	尿蛋白（ ） 尿 糖（ ）		尿蛋白（ ） 尿 糖（ ）			
	尿潛血（ ） 酸鹼度（ ）		尿潛血（ ） 酸鹼度（ ）			
血液檢查	實驗室檢查項目		初檢報告	判讀	實驗室檢查項目	
	白血球（10 ³ /μL）			☐ 正常 ☐ 異常	肌酸酐（mg/dl）	
	紅血球（10 ⁶ /μL）			☐ 正常 ☐ 異常	尿酸（mg/dl）	
	血小板（10 ³ /μL）			☐ 正常 ☐ 異常	血尿素氮（mg/dl）	
	血色素（g/dl）			☐ 正常 ☐ 異常	總膽固醇（mg/dl）	
	血球容積比 Hct（%）			☐ 正常 ☐ 異常	三酸甘油酯（mg/dl）	
	平均血球容積 MCV（fl）			☐ 正常 ☐ 異常	飯前（後）血糖（mg/dl）	
	SGOT（U/L）			☐ 正常 ☐ 異常	B 型肝炎表面抗原	
	SGPT（U/L）			☐ 正常 ☐ 異常	B 型肝炎表面抗體	
胸部X光	☐ 無明顯異常	☐ 異常 ☐ 疑似肺結核病徵 ☐ 肺結核鈣化 ☐ 胸廓異常 ☐ 肋膜腔積水 ☐ 脊柱側彎 ☐ 心臟肥大 ☐ 支氣管擴張 ☐ 其他_____				複查矯治日期
增列檢查項目						
總評建議	☐ 無明顯異狀 ☐ 有異狀，需接受_____科醫師診治 ☐ 其他建議：_____					承辦檢查醫療機構簽章
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	
	心臟病篩檢		兒童心臟病基金會			
健康管理	學生健康檢查結果追蹤矯治情形： ☐ 1.已完成複查與矯治，科別：_____ ☐ 2.需持續追蹤矯治項目：____ 個案管理摘要記載：					
備註	2024年8月修訂					