

110 學年度第 2 學期新生健康檢查須知

一、法源依據

依教育部及衛生福利部會銜發布之「學生健康檢查實施辦法」、本校「新生健康檢查實施要點」與「學生宿舍管理要點」之規定，每位同學皆必須接受學生健康檢查；違規者，依校規懲處。

二、實施對象

所有新生

三、特約醫院

仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院

四、實施辦法

■ 到院檢查 (限大里仁愛醫院)

採預約制，請撥打預約專線 04-24819900#55318 專人為您服務

檢查費用：新台幣 1000 元整 (優惠期間為 111/2/1~111/3/13)

■ 外院體檢

自行預約前往「勞工體格及健康檢查認可醫療機構」，請掃描 QR Code



查詢

五、檢查項目

體格生長、血壓、眼睛、頭頸、口腔、耳鼻喉、胸部、腹部、皮膚、脊柱四肢、尿液、血液、胸部 X 光檢查。(詳見學生健康資料卡，如附件一)

六、檢查注意事項

- ☐ 自行雙面列印並填妥「學生健康資料卡」正面資料，於檢查當天務必攜帶至醫療院所
- ☐ 檢查前三天，請維持正常作息、勿暴飲暴食
- ☐ 檢查當日
 - ✓ 無須空腹 (校內團體檢查) / 外院體檢，則視醫療機構之規定
 - ✓ 慢性病者或正在服用藥物中，當日可正常服藥
 - ✓ 如遇身體不適、生理期，請告知工作人員
 - ✗ 避免穿著金屬物件(鈕扣、項鍊、亮片等)之上衣；懷孕或備孕者應告知檢查人員
 - ✗ 不要配戴隱形眼鏡

七、其他事項

- ☐ 本校可受理【檢查日期自 110 年 8 月 21 日後】健康檢查報告，惟請核對項目(詳見學生健康資料卡背面)是否符合規定，將報告正本繳至學生活動中心 1 樓健康中心/衛生教育組
- ☐ 新生健康檢查報告，最遲應於開學兩週內(111 年 3 月 7 日)完成，未如期繳交者將依學生獎懲辦理

八、如有疑問，請洽詢學務處衛生教育組葉護理師 / 專線電話 05-552-4105

國立雲林科技大學學生健康資料卡

學生基本資料	姓 名			身分證字號									
	學 號			□男□女	出生日期		年 月 日						
	學 制	□學士班□碩士班□碩士在職班□博士班□交換學生											
	系 所	系所 年 班					行動電話						
	緊急聯絡人 監護人或附近親友		關係			姓名			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"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____ <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.蠱豆症 <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：_____												
	特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要												
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別_____ <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，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：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____												
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，幾點吃？_____點 3. 過去一個月內(不含假日及寒暑假)若以每週至少運動 3 次，每次至少 30 分鐘為基準，心跳達每分鐘 130 下，您做到了嗎： <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有 4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②時常吸菸 <input type="checkbox"/> ③每天吸菸，____支/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②時常喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒，____杯/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 (1 杯的定義：啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml) 6. 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔，____粒/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除						7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 11. 月經情況(女生回答) (1) 初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，初經年齡：____歲 (2) 月經週期？ <input type="checkbox"/> ①≤20 天 <input type="checkbox"/> ②21-40 天 <input type="checkbox"/> ③≥41 天 <input type="checkbox"/> ④不規律(差異 7 天以上) (3) 有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重 12. 排便習慣：過去 7 天內，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 13. 網路使用習慣：過去 7 天內(不含假日)每日除了上課及作功課需要之外，累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/> ①每天少於 1 小時 <input type="checkbox"/> ②每天約 1-2 小時 <input type="checkbox"/> ③每天約 2-4 小時 <input type="checkbox"/> ④每天約 4-5 小時 <input type="checkbox"/> ⑤每天約 5 小時或以上						
	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"/> 極好的 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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"/> 極好的 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好 ※ 目前有哪些健康問題？請敘述：												

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：左眼			右眼			矯正視力：左眼			右眼																																									
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			<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"/> 其他																																												
牙齒位置圖		檢查代碼			C-齲齒			X-缺牙			△-已矯治			φ-阻生牙			Sp.-贅生牙																																			
右上		18			17			16			15			14			13			12			11			21			22			23			24			25			26			27			28			左上		
右下		48			47			46			45			44			43			42			41			31			32			33			34			35			36			37			38			左下		
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																														承辦檢查醫院簽章											
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（+）（-）									腎功能 檢查			肌酸酐（mg/dl）																																						
		尿糖（+）（-）												尿酸（mg/dl）																																						
		潛血（+）（-）												血尿素氮（mg/dl）																																						
		酸鹼值									肝功能 檢查			麩胺酸草醋酸轉胺酶（U/L）																																						
血液 常規 檢查		血色素（g/dl）									血脂肪			麩胺酸丙酮酸轉胺酶（U/L）																																						
		白血球（10 ³ /μL）												總膽固醇（mg/dl）																																						
		紅血球（10 ⁶ /μL）												高密度脂蛋白膽固醇（mg/dl）																																						
		血小板（10 ³ /μL）												低密度脂蛋白膽固醇（mg/dl）																																						
		平均血球容積 MCV(fl)												三酸甘油脂（mg/dl）																																						
		血球容積比 Hct (%)									其他			血糖（mg/dl）																																						
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"/> 其他 <input type="checkbox"/> 疑似懷孕或懷孕，故拒絕此項檢查，請簽名：																		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																																																		