

四維學校財團法人花蓮縣四維高級中學新生健康檢查實施計劃

民國 109 年 7 月 20 日

- 一、依據：教育部「學生健康檢查實施辦法」辦理。
- 二、目的：1. 測知學生之生長發育及健康狀況。
2. 早期發現缺點與疾病，早期矯治。
3. 養成個人重視身心健康之觀念、態度與行為。
4. 促進家長與教師對於學生健康之注意與關心。
5. 根據檢查結果，決定學生身體之適應能力，以便參加適合的體育或其他教育活動。
- 三、辦理日期：109 年 9 月 23 日星期三。
- 四、承辦單位：採購完約之委託醫院、本校健康中心
- 五、主辦單位：學務處。
- 六、受檢人員：一年級新生。
- 七、檢查費用：依委託醫院之議訂費用，由會計室在註冊時代為收受。
- 八、檢查地點：本校同心堂。
- 九、檢查進行方式：一年級各班依通知時間到場，以班為單位，由任課老師維持秩序，進行檢查，如時間有更動再另行通知。

※ 檢查時間：

| 班級(暫定) | 至同心堂集合時間 | 預定檢查時間 |
|-------------|----------------------|-------------|
| 普一甲、普一乙 | 107 年 9 月 28 日 08:00 | 08:10~09:00 |
| 普一丙、綜 101 | 107 年 9 月 28 日 09:00 | 09:10~10:00 |
| 綜 102、綜 103 | 107 年 9 月 28 日 10:00 | 10:10~11:00 |
| 綜 104、綜 105 | 107 年 9 月 28 日 11:00 | 11:10~12:00 |
| 綜 106 | 107 年 9 月 28 日 13:00 | 13:10~14:00 |

十、檢查作業流程與工作進度：

| 項目 | 負責處室、人員 | 期程 |
|---|---------------------|----------|
| 成立本校學生健康檢查工作小組，召開工作協調會 | 學務處 | 7/10 前完成 |
| 尋找合作醫院(訪價、申購、採購、簽訂合約) 新生收費：代收代辦費 排定健檢時間 | 學務處、總務處 | 7/25 前完成 |
| 學生檢查前事項說明；發給新生健檢家長同意通知書及健康紀錄卡 | 學務處 | 9/5 前完成 |
| 環境清潔佈置 | 總務處、合作醫院 | 9/27 前完成 |
| 健康檢查 | 健康中心、任課教師、合作醫院、行政同仁 | 9 月 28 日 |
| 健康檢查報告資料驗收、發送、整理、存檔 | 學務處、合作醫院 | 10 月底前完成 |
| 檢查及矯治結果建檔、統計分析，追蹤異常個案複檢、異常個案衛生教育 | 學務處、健康中心 | 11 月開始 |

| | | |
|--|--------------|-------|
| 校園學生健康管理：通知導師、追蹤輔導、缺點矯治、個案管理、辦理健康促進活動。 | 學務處、輔導室、健康中心 | 11月開始 |
|--|--------------|-------|

十一、檢查工作分配：詳如學生健康檢查工作小組分工圖-附錄一。

十二、學生檢查前準備事項：詳如家長通知書-附錄二。

十三、檢查項目與方法：(依學生健康檢查實施辦法第二條附表修正規定高中職新生檢查基準項目及本校健康檢查委員會議決項目辦理)

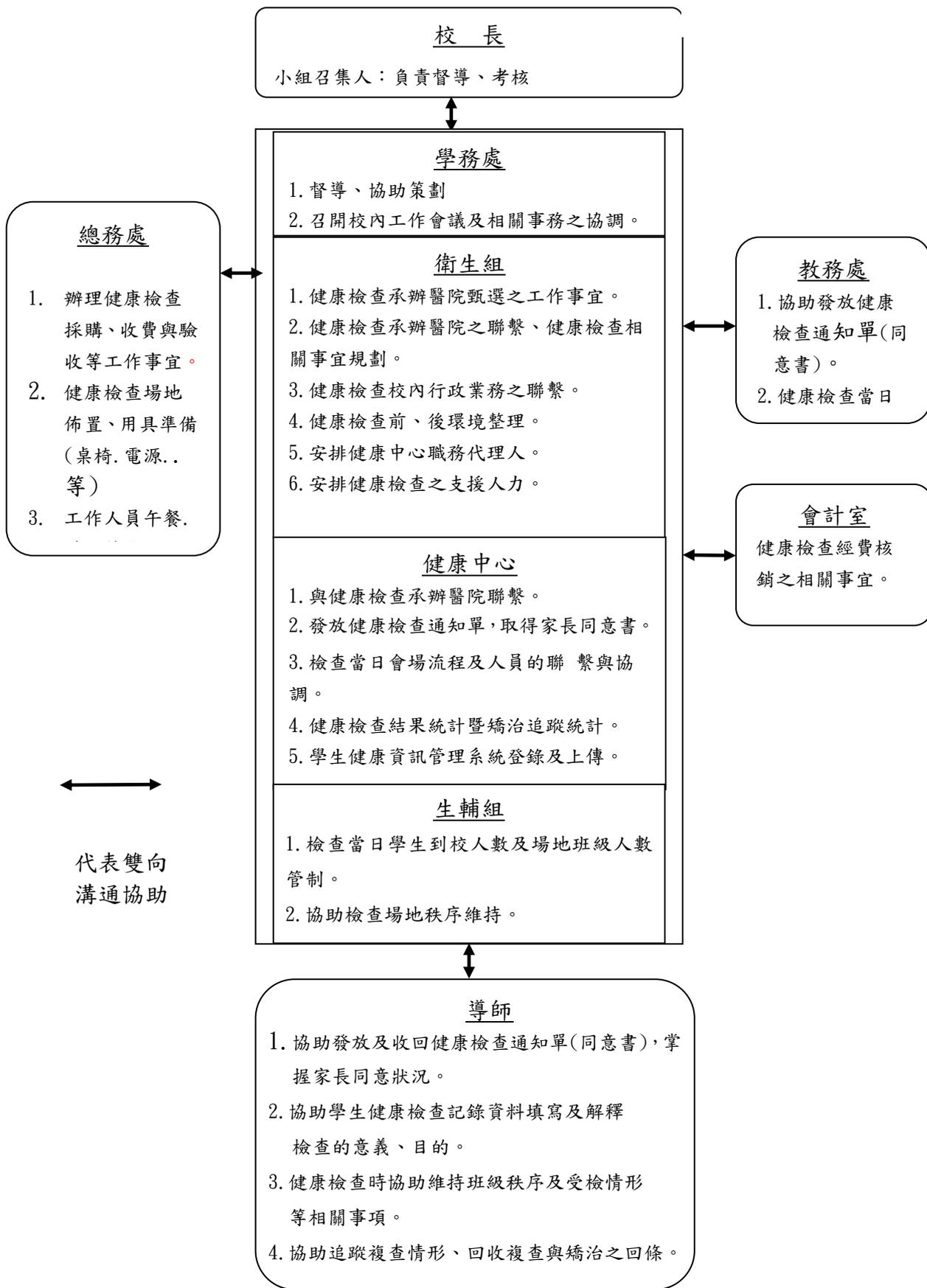
十四、檢查場所動線、器材及相關配套及要求事項：

1. 注意保持空間寬敞、進出路線流暢及保持通風良好。
2. 規劃隱密場所設置區，內科之檢查場所需設置簾幕（或單獨隔間）及檢查床。檢查站設置有桌子、座椅、檯燈及電源設備，並酌設候診之座椅。
3. 設立標示牌，指導學生循規定路線受檢，避免吵雜混亂。
4. 依排定班級受檢順序，受檢班級第一名學生於受檢結束後，通知下一班準備受檢，或檢查前事先安排班級連絡人，避免發生篩檢順序中斷情形。
5. 候診學生應與就診學生維持一定距離，以免干擾醫師診斷。
6. 篩檢現場任課老師、協助檢查作業，並維持現場秩序。
7. 篩檢作業進行中遇下課時間，請教官維持檢查場所附近之秩序，禁止非受檢學生進入。

十五、本計劃經行政會議討論呈請校長核可後施行。

| 檢查項目 | | 檢查方法 | |
|----------|---|--|------------------|
| 項目 | 內容 | 方法 | 檢查用具 |
| 體格 生長 | 身高 | 身高測量 | 身高計 |
| | 體重 | 體重測量 | 體重計 |
| 血壓 | 血壓 | 血壓測量 | 血壓計 |
| 眼睛 | 視力 | Landolt' s c Chart Snellen' s E Chart | 視力表、視力機 |
| | 辨色力 | 色覺檢查 | 石原氏綜合色盲檢查本 |
| | 立體感 | 亂點立體圖檢查 | NTU 亂點立體圖 |
| | 斜視、弱視 | 角膜光照反射法 交替遮眼法、視診 | 小手電筒、遮眼板 |
| | 其他異常 | | |
| 頭頸 | 斜頸、異常腫塊及其他 | 視診、觸診 | |
| 口腔 | 齙齒、缺牙、咬合不正、口腔衛生及其他異常 | 視診 | 頭鏡、探針、口鏡、燈光、手套 |
| 耳鼻喉 | 聽力 | 音叉檢查法 | 512Hz 音叉 |
| | 耳道畸形 | 視診、觸診 | 頭鏡、耳鏡、手電筒、壓舌板、燈光 |
| | 耳膜破損、盯聾栓塞、扁桃腺腫大及其他異常 | | |
| 胸部 | 心肺疾病、胸廓異常及其他異常 | 視診、觸診、聽診 | 聽診器、屏風 |
| 腹部 | 異常腫大及其他異常 | 視診、觸診、扣診 | |
| 皮膚 | 癬、疥瘡、疣、異位性皮膚炎、溼疹及其他異常 | 視診、觸診 | |
| 脊柱四肢 | 脊柱側彎、肢體畸形、青蛙肢及其他異常 | 視診、觸診 Adam 前彎測驗 四肢及關節活動評估 | |
| 泌尿 生殖 | 隱睾 | 視診、觸診 | 手套、屏風 |
| | 包皮異常、精索靜脈曲張及其他異常 | 視診、觸診 | (只適用男生) |
| 寄生蟲 | 腸內寄生蟲 | 糞便檢查 | 檢體收集盒 |
| | 蟯蟲 | 肛門黏貼試紙法 | 顯微鏡、肛門黏貼試紙 |
| 尿液 | 尿蛋白、尿糖、潛血、酸鹼度 | 試紙儀器判讀法或顯微鏡法 | 試紙或顯微鏡 |
| 血液 檢查 | 血液常規：血色素、白血球、紅血球、血小板、平均血球容積比 肝功能：SGOT、SGPT 腎功能：CREATININE 尿酸 血脂肪：總膽固醇 (T-CHOL) 血清免疫學： HBs Ag、Hbs Ab 及其他 | 抽血 | 實驗室檢查設備 |
| X 光 | 胸部 X 光 | X 光 | 影像檢查設備 |

附錄一：花蓮縣私立四維高中學生健康檢查工作小組分工圖



附錄二：花蓮縣私立四維高中 新生健康檢查通知單暨家長同意書

花蓮縣私立四維高中 109 學年度 新生健康檢查通知單暨家長同意書

親愛的家長：

為瞭解 貴子弟之健康狀況，期能早期發現體格缺點，早期矯治，並確保在學期間能得到妥善照顧，本校依教育部之規定辦理新生入學健康檢查，委請高雄霖園醫院到校辦理。請 貴家長詳閱本通知各項說明後，於家長回條中簽章並交回。

一、檢查費用：每人 420 元整，納入註冊費代收款項一併繳交。

二、檢查項目：

| 檢查項目 | 檢查內容 | 說明 |
|------|---|--|
| 體格生長 | 身高、體重 | 男生泌尿生殖器 檢查會請學生褪下褲子，露出腹部和大腿以觸診或叩診方式檢查。 胸腹部 檢查依醫師專業判斷， 必要時 需脫去衣褲以利檢查，上述檢查涉及隱私，會有簾幕或屏風遮蔽，並有護理人員協助，敬請放心。 如 不願在校內接受泌尿生殖器（男生）或胸腹部 檢查，請家長簽名確認，並自行帶至本校健康檢查承辦醫院檢查，並另交診查回條，其費用請自理。 |
| 血壓 | 血壓 | |
| 眼睛 | 視力、辨色力、其他異常 | |
| 頭頸 | 斜頸、異常腫塊及其他 | |
| 口腔 | 齦齒、溝隙封填、口腔黏膜異常、治療急迫性 | |
| 耳鼻喉 | 聽力、耳道畸形、耳膜破損、盯聾栓塞、扁桃腺腫大及其他異常 | |
| 胸部 | 心肺疾病、 胸廓異常 及其他異常 | |
| 腹部 | 異常腫大及其他異常 | |
| 皮膚 | 癬、疥瘡、疣、異位性皮膚炎、溼疹及其他異常 | |
| 脊柱四肢 | 脊柱側彎、肢體畸形、青蛙肢及其他異常 | |
| 泌尿生殖 | 隱莖、包皮異常、精索靜脈曲張及其他異常（只適用男生） | |
| 尿液 | 尿蛋白、尿糖、潛血、酸鹼度 | |
| 血液檢查 | 血液常規：血色素、白血球、紅血球、血小板、平均血球容積比 肝功能：SGOT、SGPT；腎功能：CREATININE 尿酸； 血脂肪：總膽固醇（T-CHOL）血清免疫學：HBsAg、HbsAb 及其他 | |
| X 光 | 胸部 X 光 | |

三、體檢日期：109 年 9 月 23 日（星期三），以班級為單位依照排定時間至本校同心堂受檢。

四、體檢注意事項：

1. 當日可進食（清淡飲食，避免高糖高油食物）、喝開水，但**不能喝其他飲料**，以免影響檢驗結果。
2. 胸前請勿配帶金屬物品及項鍊。如有近視，請戴眼鏡，勿戴隱形眼鏡（需測量裸眼及矯正視力）。
3. 檢查報告完成後將發予學生轉交家長，如有異狀，請遵照醫師建議科別，就近帶往附近醫療院所複檢或矯治，並將複檢或矯治結果交回健康中心，以追蹤維護學生健康。

四維高中 健康中心 敬上

花蓮縣私立四維高中 109 學年度 新生健康檢查家長回條 年 班座號：__ 姓名：_____

家長聯絡事項（請勾選）

1. 已詳閱本通知各項說明，同意健康檢查（包括私密部位）。
2. 已詳閱本通知各項說明，配合健康檢查，但**不願在校內接受泌尿生殖器（只適用男生）或胸腹部**檢查，會自行帶至貴校之健康檢查承辦醫院檢查，並另交檢查回條。

家長簽名（章）：_____，與學生關係：_____ 日期：_____年____月____日

註：請勾選後並簽名（章）（請簽全名，勿用鉛筆），如回條未交回、未簽名（章）或未勾選，則需請家長抽空於規定時間內帶貴子弟至本校健康檢查承辦醫院補檢。

附錄三：花蓮縣私立四維高中學生健康檢查場地佈置圖

