臺北市(高中職)學校學生健康檢查通知暨家長同意書

親愛的家長：

為增進家長及學校更加瞭解 貴子弟的健康情形，本校依據92年06月25日公告，102年03月29日修訂臺教綜(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』辦理健康檢查。健康檢查是一種積極的保健方法，透過檢查能檢測貴子女的健康狀況及生長發育情形，如有異常，可儘早矯正與治療，並培養個人重視身心健康的觀念、態度和行為，敎育局委請市立聯合醫院（中興）院區健檢工作團隊到學校，為貴子女實施健康檢查(檢查項目如表)，煩請家長詳閱本通知說明後於回條簽章。

1. 檢查費用：免費，臺北市政府教育局專案補助。
2. 檢查日期：112年09月25-26日(星期一、二)。

| 項目 | 內 容 | 高中職一年級 |
| --- | --- | --- |
| 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、恆牙大臼齒之**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、蹲距困難及其他異常 | ○ |
| 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 ＊1（註） | 包皮異常、精索靜脈曲張、陰囊腫大及其他異常 | **▲** |
| 尿液 | 尿蛋白、尿糖、潛血、酸鹼度 | ○ |
| 血液 | 血液常規檢查、肝功能檢查、B肝抗體、腎功能檢查、血脂肪檢查、血清免疫學及糖尿病檢查 | ○ |
| X光 | 胸部X光 | ○ |

＊1（註）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。

**符號說明：** **○** **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，並將檢查報告繳交學校。**

1. 健康檢查說明事項：

煩請家長詳閱本通知之學生健康檢查說明事項，並協助向貴子女說明，若有任何疑慮歡迎請以回條或電話與學校健康中心聯絡。

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。

|  |
| --- |
| 1. 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。 2. 胸、腹部檢查因涉及隱私，會有簾幕、屏風遮蔽，除安排與受檢學生同性別醫師看診外，亦會安排護理人員陪同協助注意隱私之維護，惟倘承辦醫院因人力調度，受檢日無與受檢學生同性別醫師者，會尊重學生意願決定是否受檢；另除特殊情況並經受檢者同意下，才得允許其他志工或校方人員進入檢查空間內給予協助。 |

1. **尿液檢查：為確保檢查結果之正確性，請依說明收集。112.10.03(二)**
2. 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。
3. 當天早上起床後，請將第一次尿液先排掉前面一部份，留取中段尿，裝入尿液試管收集約8分滿，將尿液試管蓋子壓緊蓋好，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。
4. 到校後交給幹部(內掃衛生股長)統一收齊後，以班為單位送至健康中心。
5. 尿液檢查結果無異狀者不另行通知，結果有異狀者由學校另通知複檢。

※女生檢查當日若適逢生理期則延後尿液檢查，請繳回尿管，補撿時發回(補檢時間另行通知)

1. 胸部X光檢查：112.10.16(一)下午
2. 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。
3. 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。
4. 血液檢查：112.09.26(二)早上
5. 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，請告知健康中心，並於抽血前告知工作人員。**

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**

1. **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，分送各受檢學校**
2. **臺北市立聯合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。**
3. **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。**
4. ※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，須追蹤檢查並諮詢專業人員，請依建議科別至醫療院所複診或矯治，並註記於健康檢查結果矯治回條，交回學校健康中心以維護學生健康權益。

臺北市大直高中健康中心 聯絡電話：25334017\*138

----------------------------------------------------------------------------------

**臺北市大直高中學生健康檢查家長同意書回條**

回條請於112年08月24日前

繳回健康中心彙整

　　　年 　　　　班 座號 　　　　　　 姓名：

**請家長於以下1.2選項「擇一」勾選您同意之項目，並簽名確認，請用原子筆簽名勿用鉛筆**

|  |  |
| --- | --- |
| □ 1已詳閱本通知各項說明，同意接受健康檢查(包含：血液、尿液、胸部X光，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(勾選於下)，不同意接受檢查。家長自行陪同子女至醫療院所檢查，**以上費用自理，並將檢查報告繳交學校**，**費用自理，並於 112年10月31日前將檢查報告繳交到健康中心彙整**。  ※**不願意在校內檢查下列私密部位**：  □胸、腹部檢查  □泌尿生殖器檢查**(男生)**  □因 (請註明)，不願意在校接受抽血檢查。 |
| **家長簽名（請簽全名）**： **學生簽名(請簽全名)**： | |

□因 (請註明)，無法在當天接受健康檢查，願意配合學校安排至他校補檢事宜

**因檢查當日需志工協助，若家長您有時間及意願，歡迎選取您方便的時間，將再與您連繫後續事宜，竭誠邀請您共同參與：(不限定自己孩子班級，可選任何時段)**

□不方便 ( 以下資料免填 )

□方便 \_\_\_09/25(一) 08:30-11:30 (高101-105、國701.702) 、\_\_\_09/26(二) 07:50-10:00(高一抽血)

\_\_\_09/25(一) 13:00-16:00 (國703-709)、 \_\_\_09/26(二) 13:00-16:00 (高106-110)

家長姓名:

**健康中心敬啟**