

# 臺北市(國中小)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，依據92年06月25日公告，109年4月23日教育部臺教綜(五)字第1090034222B號、衛生福利部衛授國字第1090200461號令會銜修正，自109年8月1日施行之

『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，教育局委請承辦醫院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。

一、檢查費用：免費，臺北市政府教育局專案補助。

二、檢查日期：114年10月20日(星期一)-10月21日(星期二)。

項目	內容	國小 一年級	國小 四年級	國中 七年級
眼睛	辨色力、斜視、睫毛倒插、眼球震顫、眼瞼下垂及其他	○	○	○
頭頸	斜頸、異常腫塊(甲狀腺腫、淋巴腺腫大)及其他異常	○	○	○
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	◎	◎	○
	聽力	○	○	○
耳鼻喉	耳道畸形	○	X	X
	耳膜破損、耳前瘻管、耳垢栓塞、扁桃腺腫大及其他異常	○	○	X
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	▲	▲	▲
脊柱四肢	脊柱側彎、結構異常、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 *1(註)	隱睾	▲	X	X
	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	○	○	○

\*1(註) 泌尿生殖器官檢查之隱睾、精索靜脈曲張、陰囊腫大等項目，僅適用男生，與男性不孕症有關係性。

尿液檢查相關說明及通知單另發。

符號說明： 指應檢查項目  指該年級不須檢查之項目  國民小學每學年亦應檢查之項目

▲ 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。

三、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。
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。

4. 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。

5. 承辦醫院以學生身分證字號建置蛲蟲、尿液檢驗及身體診察資料，僅供核對及資料保存用。

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

四、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，定期檢查；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(含國中部) 健康中心 聯絡電話：0225334017\*138

請沿線撕下繳回

臺北市大直高中(含國中部)學生健康檢查家長同意書回條

回條請於114年08月22日

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」勾選擁意之項目，並簽名確認，請用原子筆簽名勿用鉛筆

<input type="checkbox"/> 1. 已詳閱本通知各項說明，同意接受健康檢查(包含私密部位如胸、腹部檢查，男生增加泌尿生殖器檢查)。	<input type="checkbox"/> 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(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，並於114年12月05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： <input type="checkbox"/> 胸、腹部檢查 <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器檢查(男生)
---	--

家長簽名(請簽中文正楷全名)：

學生簽名(請簽中文正楷全名)：

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

因檢查當日需義工協助(無登錄志工服務時數)，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、年級，可選任何時段)

不方便(以下資料免填)

方便-(請勾選方便時段 V)

1. \_\_\_ 10/20(一) 08:30-11:30 (國701-4、高101-3)、 2. \_\_\_ 10/20(一) 13:00-16:00 (國705-7、高104-6)
3. \_\_\_ 10/21(二) 07:50-10:30 (高一抽血)、 4. \_\_\_ 10/21(二) 13:00-16:00 (國708-9、高107-110)

參與家長姓名：

健康中心敬啟

# 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，教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。

一、檢查費用：免費，臺北市政府教育局專案補助。

二、理學及抽血檢查日期：114年10月20日(星期一)-10月21日(星期二)。

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	▲
脊柱四肢	脊柱側彎、結構異常、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 *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。

## 三、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。

- 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）。
- 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。
- 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。
- 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。

四、尿液檢查：(114.09.12 08:00繳交檢體)為確保檢查結果之正確性，請依說明收集。

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。

2. 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。

3. 到校後交給輔導幹部統一收齊後，以班為單位送至體檢現場尿液檢查區。

4. 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一星期尿液檢查，請自行保留尿瓶補繳(補繳時間另行通知)

## 五、胸部 X 光檢查：(114.10.01)

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。

## 六、血液檢查：(114.10.21)

1. 血液檢查項目包括血液常規檢查、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，以免影響檢查結果，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，分送各受檢學校（約12月）

七、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。

八、學生健康檢查資料去除個人資料後上傳至教育部及臺北市政府教育局辦理統計分析。

九、※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(含國中部) 健康中心 聯絡電話：0225334017\*138

請沿線撕下繳回

臺北市 大直高中(含國中部) 學生健康檢查家長同意書回條

回條請於114年08月22日

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，並於114年12月 05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 (請簽中文正楷全名)：

學生簽名(請簽中文正楷全名)：

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。

因檢查當日需義工協助 (無登錄志工服務時數)，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、年級，可選任何時段)

不方便 (以下資料免填)

方便-(請勾選方便時段 V)

1. \_\_\_10/20(一) 08:30-11:30 (國701-4、高101-3)、 2. \_\_\_10/20(一) 13:00-16:00 (國705-7、高104-6)

3. \_\_\_10/21(二) 07:50-10:30 (高一抽血)、 4. \_\_\_10/21(二) 13:00-16:00 (國708-9、高107-110)

參與家長姓名：

健康中心敬啟