

104 學年度臺中市各國民中小學學生健康檢查實施計畫

壹、依據

- 一、中華民國 91 年 2 月 6 日華總一義字第 09100025070 號總統令公布之「學校衛生法」第八條規定。
- 二、「學生健康檢查實施辦法」業以教育部 92 年 6 月 25 日台參字第 0920082231A 號暨行政院衛生署署授國字第 0920008137 號令聯署發布，並以教育部 99 年 10 月 5 日台參字第 0990159799C 號暨行政院衛生署署授國字第 0990014043 號令聯署修正附表，以及教育部 102 年 3 月 29 日臺教綜(五)字第 1020007918C 號令、行政院衛生署署授國字第 1020000900 號令會銜修正發布第 3、6 條條文。

貳、目的

- 一、實施學生健康檢查工作，早期發現學生體格缺陷或疾病，以期達到早期治療的目的，以維護學生健康權益。
- 二、依據健康檢查結果，辦理轉介複查及必要之矯治，實施學生健康輔導與個案照顧措施，結合醫療與社會資源，落實學生健康管理制度。

參、辦理單位

- 一、主辦單位：臺中市政府教育局
- 二、承辦單位：豐原國小、文山國小、烏日國小、北勢國小及萬豐國小
- 三、協辦單位：臺中市政府衛生局、臺中市各國民中小學

肆、檢查單位

各校健康中心、得標廠商(承辦檢查醫院)

伍、受檢對象

本市所屬公私立國民中小學一、四、七年級學生

陸、受檢日期：

- 一、理學檢查、尿液篩檢以及血液檢查：104 學年度開學日起至 104 年 12 月 31 日止。
- 二、心臟彩色超音波檢查：104 學年度開學日起至 105 年 5 月 31 日止。

柒、檢查項目及內容：依據「學生健康檢查實施辦法」第 2 條所訂「學生健康檢

查基準表」外，本局另增列檢查項目一併辦理。

一、檢查項目、內容與檢查人員如表列。

●由各校健康中心執行的檢查項目 ○由簽訂合約醫院執行的檢查項目

★須取得家長同意書並由醫院執行

項目		對象	一年級學生	四年級學生	七年級學生	檢查方法	檢查工具
體格 生長	身高		●	●	●	身高測量	身高計
	體重		●	●	●	體重測量	體重計
	體位評估		●	●	●	公式判讀	
代謝 症候群	血壓			○	血壓測量	血壓計	
眼睛	視力		●	●	●	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		○	○		角膜光照反射法或交替遮眼法	小手電筒、遮眼板
	其他異常（結膜蒼白、鞏膜黃膽）		○	○	○	視診	
頭頸	斜頸、異常腫塊及其他		○	○	○	視診、觸診	
口腔	未治療齲齒、已治療齲齒、齲齒經驗、上顎恆牙第一大白齒齲齒經驗、下顎恆牙第一大白齒齲齒經驗、恆牙白齒之窩溝封填、口腔衛生不良、咬合不正、牙結石、牙齦炎、口腔黏膜		○	○	○	視診	頭鏡、口鏡、壓舌板、探針、燈光

	異常、其他					
--	-------	--	--	--	--	--

項 目 \ 對 象		一年級學生	四年級學生	七年級學生	檢查方法	檢查工具
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	○	○	○		
胸腔及外觀	心雜音、心律不整、呼吸聲異常、其他心肺疾病、胸廓異常及其他異常	★	★	★	視診、觸診、聽診	檢查床、聽診器、屏風、心電圖儀、心臟彩色超音波儀
	心臟彩色超音波篩檢	★			問卷及儀器判讀	
腹部	甲狀腺腫、淋巴腺腫大、其他異常腫塊及其他異常	★	★	★	視診、觸診、扣診	
皮膚	疣、疥瘡、溼疹、異位性皮膚炎及其他異常	○	○	○	視診、觸診	
脊柱四肢	脊柱側彎、多併指、關節變形、其他肢體畸形、蹲距困難(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	脫鞋襪及外套
泌尿生殖	隱罩	★			視診、觸診	手套、屏風(只適用男生)
	包皮異常、精索靜脈	★	★	★	視診、觸診	

	曲張及其他異常					
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

項 目 \ 對 象		一年級學生	四年級學生	七年級學生	建議的檢查方法	檢查工具
寄生蟲	蟯蟲	○	○		肛門黏貼試紙 法	顯微鏡、肛門黏 貼試紙
血液 檢查	<p>血液常規： 血紅素、白血球、紅 血球、血小板、平均 紅血球容積、血球容 積比</p> <p>肝功能： 血清麩胺酸草醋酸轉 胺酶、血清麩胺酸丙 酮酸轉胺酶</p> <p>新陳代謝症候群： 飯前血糖 三酸甘油脂 總膽固醇 高密度脂蛋白膽固醇</p> <p>腎功能： 肌肝酸、尿酸、血尿 素氮</p> <p>B型肝炎檢測 B型肝炎表面抗原、B 型肝炎表面抗體</p>			★	抽血	實驗室檢查設 備(七年級)

(表-1)

捌、檢查內容與執行方式

一、全身性理學檢查：

(一)執行方式：本項檢查由承辦檢查單位組成健康檢查工作隊巡迴各校實施，承辦檢查單位不得要求學校將學生集中於指定地點。牙醫師 1 名、內（兒）科醫師或家醫科醫師 2 名、護理人員 3 名、工作助理 3 名，共計 9 名。

(二)檢查對象：本市所屬公私立國民中小學一、四、七年級學生。

(三)檢查內容：依據教育部 104 年 3 月「學生健康檢查工作手冊」訂定之學生健康檢查基準表內容（表-1）及本府教育局增列項目，說明如下：

1. 眼睛疾病檢查：需準備小手電筒和遮眼板。

(1)檢查內容包含辨色力、斜視其他眼睛疾病。

(2)檢查方法：

a.辨色力：石原氏綜合色盲檢查。

b.斜視：本角膜光照反射法(Hirschberg Test)或交替遮眼法(Cover Test)。

2. 頭頸部檢查：以視診、觸診檢查學生是否有斜頸、異常腫塊及其他異常。

3. 口腔檢查：

(1)須逐齒檢查並標示於口腔檢查表。

(2)未治療齲齒、齲齒經驗、恆牙第一大白齒齲齒經驗、已治療齲齒、恆牙白齒之窩溝封填以及口腔黏膜異常等，依年齡層略有差異，

詳

如下表：

檢查項目	未治		齲齒	恆牙	恆牙	口腔				口腔	
年齡層	療齲	已治	經驗	第一	白齒	衛生	咬合	牙結	牙齦	黏膜	其他

	齒	療齲齒		大白齒齲齒經驗	之窩溝封填	不良	不正	石	炎	異常	
國小 (約6-10歲)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	-	○
國中 (約13歲)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

註：○為檢查項目

檢查用具：口罩、手套、口鏡（拋棄式）、檢查照明用燈（小型手電筒或頭燈）。

4. 耳鼻喉科檢查：需準備耳鏡、手電筒（或立燈）及壓舌板等。

(1) 檢查內容含聽力障礙、耳道畸形、耳膜破損、扁桃腺腫大及其他異常。

(2) 聽力檢查由健檢工作隊準備 512Hz 音叉或耳機式聽力檢測器或更精準的儀器進行檢查。（需另安排一間安靜獨立的教室）

(3) 耳鏡須用酒精消毒。

5. 胸腔及外觀：以視診、聽診檢查，包含脈搏、心音、呼吸聲檢查、胸廓

異常及其他疾病。（須取得家長同意書）。

(1) 胸廓及呼吸系統檢查：

a. 問診，是否有心肺功能異常之不適病史

b. 檢查胸部(胸腔及外觀)是否左右對稱，有無異常突出或凹陷

c. 觀察胸廓活動是否正常

d. 以聽診器檢查是否有不正常的呼吸聲、哮喘等

(2) 脈搏檢查：注意是否有脈搏不規則情況出現。

(3) 心音檢查：以聽診器診察心尖、左胸骨沿、主動脈及肺動脈之心音，注意第一心音及第二心音之變化及是否有心雜音，並描

述心雜音之特徵及位置。

(4)心電圖檢查：心音異常或疑似心律不整之學生，應於理學檢查當日安排實施心電圖檢查。

(5)心臟彩色超音波篩檢：

- a. 針對本市各國小一年級學生實施自覺症狀問卷調查(由心臟超音波篩檢得標醫院設計)，瞭解學生是否為已知或未知之個案。
- b. 針對本市各國小一年級學生進行全面性彩色超音波檢查。
- c. 前兩項資料由心臟超音波篩檢得標醫院小兒心臟專科醫師綜合上述檢查結果進行分析判讀。

6. 腹部檢查：包含腹部異常腫大及其他異常(須取得家長同意書)。

(1)準備物品:檢查床(或以長型桌代替但務必做好安全措施，定需有人陪同進行檢查)。

(2)使學童採仰臥做腹部之觸診及扣診，檢查是否有腹部異常腫大及異常之隆起或腫塊等。

7. 皮膚檢查:無特殊器材，可佐以放大鏡、手電筒。包含疥瘡、異位性皮膚炎、濕疹及其他異常。

8. 脊柱四肢檢查：包含脊柱側彎、多併指、蹲踞困難(青蛙肢)、關節變形及其他疾病。(請學生脫去厚重外衣，穿著單件運動服並脫去鞋襪)。初次篩檢者若不具有醫師身分，發現有疑似異常個案，需於理學檢查當日請醫師確診。

(1)脊柱檢查

a. 學生背向檢查者，雙腳併攏直立，兩手自然下垂，兩眼平視正前方；檢查者觀察學生左右耳朵是否等高、兩肩是否等高、兩側肩胛骨位置是否對稱、脊柱是否側彎、骨盆位置或腰部是否對稱。

b. 進行 Adam 前彎測驗，請學生向前彎腰至 90 度，兩臂下垂合掌，檢查者站立在受檢者後方，從背後目測學生的左右背部是否對稱等高，並觸診脊柱，注意任何不對稱的隆起，隆起的一端通常是脊柱側彎彎向的一方。

c. 理學檢查現場所判定之脊柱側彎均屬「疑似」，故凡現場診斷為

「疑似脊柱側彎」之學童，建議至醫療院所之骨科進行複診。

(2)四肢檢查：請學生赤腳，面向檢查者直立，依序檢查四肢狀況。

- a. 觀察學生四肢是否相稱，有無畸型、長短腿、多併指或關節變形。
- b. 使學生兩手水平前伸，做蹲下起立、兩腿輪流單腳站立、以腳尖站立及以腳跟站立等動作，觀察下肢肌力及平衡，是否有踳踳困難。

9. 泌尿、生殖器官檢查：無特殊器材可佐以手電筒(須取得家長同意書，並有人陪同)。本項檢查適用於男性學生，包含隱睪(國小一年級)、精索靜脈曲張、包皮異常(有無包莖)、其他疾病。

檢查方法：請學生面向檢查者站著，以視診或觸診檢查。

(1)檢查場所要隱密，需準備屏風或遮簾、手套、手電筒，於每位受檢者觸診後，須更換手套，以防交互感染。

(2)隱睪：以手觸診男生，正常睪丸的位置是在陰囊中，而且兩側大小應差不多，如果僅摸到一側或兩側都摸不到睪丸，便可能有隱睪現象。隱睪的睪丸大部份都在腹股溝，只有少部份是在腹腔內。尤其是一年級男生。

(3)精索靜脈曲張：請學生採站立姿勢，以手觸診，檢查睪丸上方是否有腫脹的血管。輕微的精索靜脈曲張，只有在受檢者用力時才能摸到腫脹的血管，病情稍重者可直接在陰囊內摸到腫脹的血管，嚴重者則以肉眼即可看出。

(4)包皮異常：請學生採站立姿勢，檢查者以視診檢查包皮是否完全覆蓋龜頭。包皮過長，指龜頭部份完全被包皮所覆蓋；若過長的包皮將龜頭完全包住，檢查者戴手套撥動，仍無法露出龜頭，有包莖現象，皆須提醒其注意清潔，必要時並轉介泌尿科進一步處理。

10. 為維護學生健康及隱私權，承辦廠商辦理胸腹部及泌尿生殖器官應確實檢查，除應有遮屏簾外，應要求受檢學生一出一進原則。

二、血壓測量

(一)檢查用具：電子血壓計。

(二)檢查方法：

1. 請受檢者卸除身上背包及厚重外套。
2. 請受檢者坐下，將手臂置於血枕上並與心臟及血壓計零點呈水平位置。
3. 壓脈帶(需視受檢學生年齡層選擇適合的尺寸)纏繞於上臂距肘關節上一吋處，包覆緊度以能放入二根手指為主。
4. 以食指、中指觸摸肱動脈處。
5. 打開電源並按下啟動鈕。
6. 待測量結束後將測量值登入體檢表之血壓欄位。
7. 若測得血壓值偏高〈140/90mmHg〉或偏低(80/50mmhg)，先請受檢者換手測量或用水銀血壓計測量，若仍偏高或偏低應請受檢者休息 10-15 分鍾後再測量一次。
8. 檢測完畢將血壓計電源關閉。

三、尿液篩檢工作：**(初檢日期安排於理學檢查前 4 週，初檢結果報告書須於理學檢查前 10 天送達校方，以利於理學檢查當日安排複檢)**

(一)檢查對象：一、四、七年級學生

(二)檢查項目：

尿蛋白 (Protein)、尿糖 (Sugar)、潛血檢查 (Occult Blood)、酸鹼值 (PH)。若初驗發現任一項呈陽性，則於理學檢查當日安排複檢確認。

(三)檢查用具：

集尿瓶、紙杯、尿液整合盤 (試管架)、尿液試紙、顯微鏡。

(四)採檢步驟：

學校負責將當天早上學生在家中採集妥當之尿液檢體收集後，由承辦醫院至校收取檢體後以冷藏設備車運送回檢驗單位，以試紙、尿液沈渣檢測及顯微鏡檢測，再將檢查結果通知學校及受檢者，初次檢查陽性學童於理學檢查當日再次收集尿液檢體，交由承辦醫院當場進行檢測，檢查結果仍呈陽性者，則轉介至專科醫院進一步處理。

(五)承辦醫院職責：

1. 應事先備妥尿液採檢用具、運送檢體之冷藏設備。
2. 與學校聯繫確認收集尿液之日期、方法和用具品項，以便由學校協助指導學生採集尿液檢體後，集中交由承辦醫院之檢體收集人員，以冷

藏方式收齊、運送回檢驗單位檢驗。

3. 原則上，採集檢體立刻送檢，愈新鮮愈佳，室溫下以不超過 1 小時為原則；置於 2°C~6°C 冰箱以不超過 4 小時為佳。若為團體採檢作業，檢體應放置於 2~6°C 冷藏設備中保存，盡快收回送驗，避免變質，故應按實驗室檢驗進度，控管每日檢查人數及其檢體收集數量，避免超收之檢體數量，因等待檢驗而變質。
4. 至少血液常規檢查檢體於室溫下需 8 小時內完成檢驗，若有冷藏保存時也要在 24 小時內完成檢驗，尿液檢體愈新鮮愈佳，室溫下以不超過 2 小時內完成檢驗，若有冷藏保存時也要在 8 小時內完成檢驗，一般生化、免疫檢體若有冷藏保存時，則 3 天內完成檢驗為佳。
5. 檢測時按檢體順序，核對名冊、數量及檢體資料，依「尿液試紙測定儀操作作業程序」執行檢驗初驗。
6. 以檢驗發現尿液檢查項目之任一項呈陽性反應，應繼續進行顯微鏡檢測，若仍為異常者，依檢查方法所定之標準值填報尿液檢查結果，於 10 個工作天內通知受檢學校，轉介醫療機構進一步複查。並說明可能原因，提醒受檢者務必到醫院複查。

(六) 受檢學校職責：

1. 按照所排定之尿液採檢日程，收到集尿瓶（或試管）時，須先核對標籤上之受檢者姓名、學校班級、性別、採檢日期等，若標籤未填寫則應優先填寫清晰備用。
2. 檢查前應對受檢者充分說明檢查目的、採檢方法、步驟及配合注意事項：
 - (1) 如逢女性受檢者月經期間，應延期一週後採集尿液受檢，以免造成檢查結果誤判。
 - (2) 為避免影響結果，檢查的前一天晚上，禁止服用含有維他命 C 的藥品、果汁及可樂等清涼飲料。
 - (3) 就寢前請先將尿液排放乾淨。
 - (4) 早上起床後以紙尿杯收集尿液，放入集尿瓶（或試管）中，尿液檢體容量須到達指定之刻度。

(5)再將填好的標籤貼在集尿瓶（或試管）上，上學後將集尿瓶（或試管）置於班上集尿盤（試管架）之正確位置上。

3. 收集檢體時，要注意學生提供之尿液檢體的真實性，如有疑問應詢問原因，需要時要求重新採檢。
4. 尿液檢體依學生名單放置在集尿盤（試管架）上，集中放置冰箱內冷藏等待送驗。
5. 初驗檢驗結果異常者，承辦醫院應另安排時間到校收集檢體進行複檢，並於收檢體後 10 個工作天內通知學校尿液複檢結果，複檢仍為異常者，則應轉介醫療機構進一步複查和診治。

四、國小學生寄生蟲防治工作：（初檢日期安排於理學檢查前 4 週，初檢結果報告書須於理學檢查前 10 天送達校方，以利於理學檢查當日進行相關衛生教育和投藥）

（一）肛門口膠紙黏貼採檢

蟯蟲通常在夜間爬行至肛門排卵，以特製的膠紙黏貼肛門周圍，可將蟲卵沾粘到膠紙上，再用顯微鏡檢查，即可得知是否感染蟯蟲。以膠紙黏貼肛門周圍採集蟯蟲卵之檢查方法，以孩童清晨起床未上廁所（大號）前黏貼肛門的檢出比率最高。蟯蟲檢查紙使用方法如下：

1. 應準備蟯蟲檢查膠紙、膠紙裝置袋，在膠紙裝置袋上填寫姓名、學校、班級、性別、採檢日期。
2. 學校指導學生連續二天早上起床後，如廁前，採集檢體。
3. 採集方法請指導學生把蟯蟲檢查膠紙背面玻璃紙拿掉，將有粘性的部份直接在肛門口稍用力壓黏 5、6 下採蟲卵。
4. 第二天以同樣方法採集蟲卵檢體，延虛線對折，裝入膠紙袋內即完成。
5. 交代學生第二天早上到校後，直接將已收集檢體之蟯蟲膠紙袋交級任導師，待全校收齊後，一起送檢。

（二）檢驗人員收到蟯蟲檢體最好當天看完，最多不能超過三天。

（三）初驗結果異常者，轉介醫療機構進一步複查和治療。

五、血液檢查工作

(一)執行方式：由承辦檢查單位與學校協調後錯開全身理學檢查日期執行，執行時應注意下列事項：

1. 學生需空腹接受抽血檢查，承辦檢查單位安排 3~4 名檢驗師或護理師到校抽血，須先取得家長同意書(由學校護理師協助)，應於當天上午 10 時 30 分前完成抽血，以確保檢體的可信度及避免學生長時間空腹，影響學生健康。請學生自備早餐，於抽血檢查後食用。
2. 於抽血前發現未空腹之學生，不予檢查，並另行排定時間再受檢，第二次受檢時間仍沒有空腹者，則請學生自行到院受檢。

(二)檢查對象：七年級學生

(三)檢查項目：

項目	英文	中文	單位
血液常規檢查	Hb	血色素	g/dl
	WBC	白血球	K/ul
	RBC	紅血球	M/ul
	Platelet	血小板	K/ul
	MCV	平均紅血球容積	f l
	Hct	血球容積比	%
肝功能檢查	SGOT	血清麩胺酸草醋酸轉胺酶	U/L
	SGPT	血清麩胺酸丙酮酸轉胺酶	U/L
腎功能檢查	Creatinine	肌酸酐	mg/dl
	Uric acid	尿酸	mg/dl
	BUN	血尿素氮	mg/dl
新陳代謝症候群篩檢	Blood sugar AC	飯前血糖	mg/dl
	Total	總膽固醇	mg/dl

項目	英文	中文	單位
	Cholesterol		
	Triglyceride	三酸甘油脂	mg/dl
	HDL-Cholesterol	高密度脂蛋白膽固醇	mg/dl
B 型肝炎檢測	HBs Ag	B 型肝炎表面抗原	採定量檢驗法
	HBs Ab	B 型肝炎表面抗體	

(四) 抽血步驟：

1. 採血準備：75%酒精棉球、止血帶、抽血枕、真空式採血管或空針。
2. 採血步驟：在受檢者最舒適的情形之下操作，繫上止血帶（不可超過 2 分鐘），用 75%酒精棉球消毒採血部位，抽取所需血量，鬆開止血帶後抽出針頭，用酒精棉球壓住傷口，告知受檢者自行壓緊 10 分鐘。針頭拔掉之後，若是加入抗凝試劑之試管則需輕輕充分混合 8-10 次，才可放置下來。
3. 採血不當之處理：連續 2 次抽血失敗時，應請他人代抽，切勿堅持；抽血技術不當而造成病人局部血腫時，請病人在 24 小時內冰敷，在 24 小時後熱敷，通常在 2-3 天會自癒。
4. 需離心檢體：應在檢體收到 20-120 分鐘內執行離心動作，不可放置隔日再處理。
5. 進行離心前，先以天平將檢體平衡分配後，才放入離心機準備離心，以 3000±300RPM 速度離心 8-10 分鐘。

(五) 檢體接收與核對：

1. 由檢驗師收取檢體，並立即核對學生姓名、編號及檢體總類是否符合，是否使用正確的檢體容器（採血管），檢體量是否足夠。當檢體標示不當、使用錯誤之檢體容器、檢體容器有污染之餘、檢體量不足、含抗凝劑之血液凝固等現象時，應拒收檢體，而重新採檢。
2. 核對檢驗單及檢體資料，在檢驗單及檢體編號，並簽收黏貼條碼標籤。檢驗單上資料（姓名、編號、檢驗項目）必須和簽收資料相符合。
3. 疑似具高感染危險性之檢體，應以感染標籤標示，並告知收檢人員，

以便作適當傳送及處理。

(六)檢體保存及檢驗程序：

1. 當日無法立即檢驗之生化檢體於檢體離心後，置於4°C冷藏櫃保存。
2. 血液常規檢驗項目(Hb 血色素、WBC 白血球數、RBC 紅血球數、platelet 血小板數、MCV 平均紅血球容積)依「血球分析儀操作作業程序」執行檢驗。
3. 腎功能、血脂肪、肝功能檢查(尿素氮 BUN、肌酸酐 Creatinine、尿酸 Uric acid、膽固醇 Cholesterol、麩胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT、麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT)依全「自動生化分析儀操作作業程序」執行檢驗。
4. 血清檢驗項目(HBsAg、HBsAb)依「定量法操作作業」程序執行檢驗。

(七)血液檢查報告：

由於每家承辦醫院所使用之檢查方法不盡相同，當承辦醫院提供檢查報告時，除應依其檢查方法所定之標準值填寫檢查結果外，亦應提供血液檢查結果家長-

通知單內含各檢查項目之正常範圍參考值及其檢查意義及建議所需採取的後續處理措施(立即就醫診治或如何改善生活習慣於何時再複檢等等)，作為學校及受檢學生之健康教育及追蹤矯治參考(列為招標時必送的文件之一，並納入評分項目)。

六、體檢時間控制：每小時檢查人數上限為40人，每日時間自上午8時起至下午4時止為原則，各校倘有特殊情形可自行調整，惟每日檢查時數不得超過7小時。

玖、檢查後的處理

一、承辦檢查單位

- (一)全身理學檢查發現心音異常、疑似心律不整者，承辦檢查單位應於檢查當日，安排學生進行心電圖複檢，**檢查結果須送回醫院請心臟專科醫師判讀之後**，於一星期內應將檢查報告送交學校轉發學生家長。
- (二)心臟超音波篩檢經由初步篩檢判讀為異常者，由心臟超音波篩檢得標醫院小兒科心臟專科醫師書寫轉介醫療單(由心臟超音波篩檢得標醫院設

- 計)設計家長，並由心臟超音波篩檢得標醫院將異常學生名單造冊交予校方。
- (三)檢查當位應於最後一站(收健康資料卡)，安排護理人員針對健檢總結果進行適當衛生教育。
- (四)針對無健保學生或清寒無力就醫學生，學校得出具證明後，由承辦檢查單位負責協助後續診治工作。
- (五)各項檢查結果(全身健檢、尿液篩檢、寄生蟲檢查、血液檢查)應於檢查後 10 天內以書面通知家長，異常者協助家長轉介至專科醫師處複檢，並接受矯治。各項書面通知資料由承辦檢查單位提供，血液檢查結果通知單應包含各項目的正常值和各項異常分級的處理方式和衛生教育(此項目列為招標文件和遴選時的評分項目之一)。
- (六)承辦檢查醫院需將檢查的結果輸入於**本府教育局**所提供之範例檔，並檢視無誤之後交給校方(檢查完後 3 週內交給校方)，校方檢視無錯誤之後，再將其匯入學生健康資訊管理系統。
- (七)承辦檢查單位應於全市健檢工作結束後一個月內，撰寫負責區域的檢查結果統計報告三份，內容含國小一年級學生健康檢查結果統計報告、國小四年級學生健康檢查結果統計報告、國中一年級學生健康檢查結果統計報告、國中一年級學生血液檢查結果統計報告(含分區報告)、各校學生健康檢查結果統計報告；**另承辦國小一年學生心臟彩色超音波檢查之檢查單位，應撰寫全市國小一年學生心臟彩色超音波檢查結果統計報告乙式三份；上述各項檢查結果統計報告均呈報本府教育局**，做為教育與衛生政策規劃參考。
- (八)承辦檢查單位應彙整各校檢查人數證明單、蟯蟲檢查人數證明單、清寒學生或無健保轉介就醫學生人數證明，整理成冊，陳報本府教育局辦理經費核銷。

二、學校方面

學校應依學校衛生法第八條實施健康管理作業

- (一)學校對健檢異常學生應依規定採取相關措施，並通知家長，必要時協助

聯繫或轉介至醫療機構做進一步檢查、矯治，且依序造冊，分別追蹤其就醫矯治結果。

- (二)通知矯治一個月內，各班級任導師須隨時追蹤矯治情形，若發現未矯治者須個別探究原因，必要時得做家庭訪視，了解其無法就醫矯治原因。
- (三)針對無健保或清寒無力就醫學生，學校需與家長聯繫確認後，填報資料並彙整成冊，提交承辦檢查單位協助其複查診治。
- (四)健康檢查結果異常者將複診回單繳回之後，校方須將診治結果輸入學生健康資訊管理系統，校方需常檢視診治回條回收率，若回收率偏低需瞭解原因，並研議可提升之策略；如有重大異常發現應告知任課教師，配合注意其活動安全。
- (五)於健康檢查中發現新的特殊疾病個案，則應實施個案管理並加強輔導，密切注意其健康狀況。
- (六)校方將各項檢查結果(含診治結果)輸入完畢之後，依教育部規範的時間內，利用學生健康資訊管理系統內之「原始資料上傳」的功能，將當學期的資料傳輸到全國健康檢查資料庫。
- (七)各校可善用學生健康資訊管理系統產生的報表或統計圖，分析各項健康檢查結果，作為健康促進學校議題的選擇或成果報告撰寫的資料。
- (八)針對胸部、腹部及泌尿生殖器官之檢查，因涉及個人私密，故需經學生家長簽署同意書後使得進行。若家長不同意進行此三項檢查，應安排學生至醫院進行檢查，再回收其檢查報告書。

三、本府教育局及各辦理招標學校

- (一)需掌控健康檢查的進度和品質，若校方和得標醫院有任何意見分歧或糾紛時需協助處理，作成紀錄作為今後擬訂計畫之參考。
- (二)盲樣檢查有不合情況時的處理。(另找公信醫院複檢，相關費用由得標醫院支付)

拾、計畫工作

項目	工作內容	實施時間	執行單位
----	------	------	------

成立健康檢查工作小組及訪視人員(附件一)	審查健康檢查實施計畫及工作說明並研定本年度各項工作期程	104年3月	臺中市政府教育局體健科 學生健檢工作小組及稽核人員
擬定實施計畫	確定實施計畫及工作內容並陳報中央主管機關備查	104年4月	臺中市政府教育局體健科 臺中市政府衛生局 學生健檢工作小組
辦理招標	1. 辦理公開招標作業 2. 契約訂定	104年5~7月	臺中市政府教育局體健科 承辦健檢招標之學校 學生健檢工作小組及稽核人員
編印健康檢查工作手冊	編印本市103年健康檢查手冊	104年8月	臺中市政府教育局體健科 得標醫院
辦理「學生健康檢查工作說明會」及「得標醫院工作說明會」	1. 說明健康檢查的意義、流程、檢查方法和注意事項 2. 分發本市103年健康檢查手冊	104年8月	臺中市政府教育局體健科 得標醫院 承辦健檢招標之學校 學生健檢工作小組及稽核人員 本市各級學校代表
成立校內健檢工作團隊並召開相關會議	含場地佈置及動線安排及工作分配	104年9月	本市各級學校自行辦理
執行一般常規健康檢查	執行身高、體重、視力、立體感	依排定健康檢查日期前完成	本市各級學校
執行尿液、蟯蟲檢查	依排定日程進行	排定的檢查日	得標醫院

		期前十天完成	學生健檢工作小組及稽核人員 受檢學校
執行巡迴健康檢查	依排定日程進行	一、理學檢查、尿液篩檢以及血液檢查：104學年度開學日起至105年12月31日 二、心臟彩色超音波檢查：104學年度開學日起至105年5月31日止	得標醫院 受檢學校 稽核人員 觀察員
稽核和現場觀察	依稽核表勾稽	104年9~12月	臺中市政府教育局體健科 稽核人員和觀察員 受檢學校
輔導缺點轉介治療矯治	分發各項健康檢查結果通知單 輔導健檢結果異常學生接受進一步診治 弱勢學生轉介輔導 特殊疾病學生收案管理	104年9月~ 105年8月	臺中市政府教育局體健科 本市各級學校 得標醫院
健康檢查初檢和診治結果建檔	建置於學生健康資訊管理系統	104年9月~ 105年6月	本市各級學校 得標醫院
辦理驗收工作	依據合約內容辦理	104年9月至 105年1月(心臟彩色超音波	臺中市政府教育局體健科 承辦健檢之學校 得標醫院

		-104 年 9 月至 105 年 5 月)	本市各級學校
各項健康檢查結果 報表彙整及辦理資 料輸入研習	學生健康資訊系統 Web 版」網路傳輸彙整。	105 年 2~3 月	臺中市政府教育局體健科 得標醫院 本市各級學校
召開健康檢查工作 檢討會	1. 實施計畫內容、招標 相關事宜、檢查項目和 進行方式 2. 缺點轉介矯治情形 3. 統計報表彙整 4. 觀察員和稽核人員彙 整報告 5. 其他項目	105 年 5 月	臺中市政府教育局體健科 臺中市政府衛生局 學生健檢工作小組及稽核 人員 得標醫院 本市各級學校
辦理經費支付及憑 證核銷作業	1. 檢查單位於檢查完成 後 30 日內檢據相關資 料請款(含成果報告書) 2. 辦理經費撥付及核銷 作業	105 年 1 月~105 年 5 月	臺中市政府教育局體健科 承辦醫院 承辦健檢之學校
成果報告書	撰寫健康檢查結果統計 分析報告書	104 年 12 月 ~105 年 10 月	臺中市政府教育局體健科 承辦學校

拾壹、經費分配及運用方式

一、來源：針對市內公私立國民小學一、四年級及公私立國中一年級學生健康檢查所需費用，由臺中市地方教育發展基金預算支應。

二、分配：預算金額均用於學生健康檢查、轉介複查、必要之矯治追蹤、及

行政等用途。

三、運用：依實際受檢學生數核支檢查費、轉介複查及矯治費。暫定經費分配比例，檢查費（含基本項目、本府增列項目及約定複查項目）及弱勢學生之轉介、矯治費用佔百分之 96 以上，其餘做為及學生健康檢查行政作業（含督導考核、教育研習等）相關費用。

(一)健康檢查費：

1. 檢查費分配

檢查項目	檢查對象	檢查人數	單價(元)	小計	說明
學生健康檢查	國小一年級	26,236	230	19,346,910	230元×84,117人
	國小四年級	26,954			
	國中一年級	30,927			
抽血檢查	國中一年級	30,927	120	3,711,240	120元×31,027人
心臟超音波檢查	國小一年級	26,236	250	6,559,000	250元×26,236人
總計				29,617,150	

2. 行政費用

項別	項目	單價	數量	小計	說明
轉介治療	清寒低收入戶轉介補助	600 (300×2次)	500	300,000	由得標醫院協助收集，並向承辦學校請款
行政處理費(含招標和驗收作業)	評選招標及前置作業和驗收	60,000	5	300,000	4區承辦學校辦理及1所心臟超音波承辦學校
訪視費	觀察員到校觀察費用	1000元/天×40天	16	640,000	4區承辦學校辦理
臨時人力保險費	觀察員保險費	200元×40天	16	128,000	4區承辦學校辦理
訪視委員	訪視委員費用	2,000	16	32,000	教育局、4區承辦學校
辦理相關會議	說明會暨檢討會	10,000	2	20,000	教育局
行政費用及雜支	行政處理相關支出及手冊印製	22,050	1	22,050	教育局(相關表件印刷及文具費用)
製作報告	健康檢查資料分析報告與資	88,800	1	88,800	教育局(委請專業學術機構辦理)

	料輸入研習				
合計				1,530,850	

經費小計說明

檢查費用	29,617,150		
行政費用	1,530,850		
小計	31,148,000		
一般性補助款編列數	31,148,000		

(二)轉介複查費：

1. 約定複查之費用已先納入檢查費預算一併預估，除約定複查項目外之其他全身理學檢查異常學生，皆由學校通知家長自行至專科醫院複查，其複查費用由該生之健保費支付。
2. 家境清寒學生由承辦醫院協助複檢，相關費用由得標醫院協助收集，並於健檢結束後列冊呈報承辦學校。

(三)必要之矯治費：

1. 有健保者，由健保給付複查及矯治費用。
2. 家境清寒無健保之學生因健康檢查發現重大異常，需進行手術或持續性治療（不含配鏡、假牙、植牙等費用），得由學校協助專案申請醫療補助或其他醫療福利互助補助（如：學生團體保險、學產基金）。

(四)行政費用：辦理說明會、行政相關費用、健康檢查通知表單及報告書面資料之編寫及印製費由承辦醫院負責，其餘行政費用本府教育局另編經費因應。

拾貳、招標方式：

- 一、本市幅員遼闊，學校數及學生人數眾多，且各校交通條件不一，為求因地制宜，有效執行本市學生健康檢查工作，避免影響學生權益，本（104）年度依照行政區域劃分4區（中區、山區、海區、屯區），委請4區各1所學校分區辦理招標工作，並於招標完成後分區辦理說明會。另「心臟彩色

超音波」檢查項目委請本市 1 所學校辦理全市招標作業，並於招標完成後辦理說明會。

二、限制性招標：依政府採購法第 22 條第 1 項第 9 款之規定「委託專業服務，經公開客觀評選為優勝者」，評選最佳廠商，並採固定金額決標。

三、給付方式：

- (一)履約保證金，於履約查驗合格，且無待解決事項後全數發還。
- (二)價金為驗收後付款。依受檢對象之檢查項目分次查驗合格後撥付。
- (三)結果與規定不符，而不妨礙安全及使用需求，亦無減少通常效用或契約預定效用，經機關檢討不必拆換、更換或拆換、更換確有困難，或不必補交者，得於必要時減價收受。
- (四)有下列情形之一者，暫停給付價金至情形消滅為止：
 1. 履約實際進度因可歸責於廠商之事由，落後預定進度達 20%以上者
 2. 履約有瑕疵經書面通知改善而逾期未改善者。
 3. 未履行契約應辦事項，經通知仍延不履行者。
 4. 廠商履約人員不適任，經通知更換仍延不履行者。
 5. 其他違反法令或契約情形。

拾叁、招標廠商評選方式

一、投標廠商參選資格：

- (一)衛生福利部評鑑合格之全民健康保險特約醫院，能組成健康檢查工作隊於契約期限內（104 年 9 月至 103 年 12 月間）完成本市國中小學生健康檢查者。需能組成健康檢查工作隊，成員至少有：牙醫師 1 名、內（兒）科醫師或家醫科醫師 2 名、護理人員 3 名、工作助理 3 名，共計 9 名，組隊到校進行全身理學檢查工作。（以上成員為一組人員，每小時工作量为 40 人，若檢查人數增加時，則應按工作量增加工作隊員人數。
- (二)須具有合格檢驗師 3 名以上，可負責從事寄生蟲、尿液及血液檢查工作。
- (三)健檢醫師、護理人員、檢驗師皆應具備衛生單位登記合格之執業執照及醫院服務證明文件。合約應規範合作檢（實）驗室，具有合格認證。
- (四)健檢醫師若未具備專科醫師資格時，則應為當地衛生局登錄執業滿三年

以上之醫師。

(五)相關證明文件需與檢查當日送交受檢學校查驗，若有不符合合約規定之處，學校有權拒絕受檢。

二、應提出投標廠商履約企劃書：

須就本府教育局委託執行之健康檢查項目、內容、方法等，於企劃書中充分表達，包括計畫目標、計畫內容、辦理方式及策略、預定進度及預期成效，可多發揮創意、策略及其他加值服務等。

三、外縣市廠商資格：

若為外縣市廠商參與投標，則除上述資格外，須檢附原所在地衛生局核准公文，得標後應以公文報請本府衛生局核備。

四、由各區承辦學校聘請學者專家、醫師、學校護理師、醫事檢驗師等醫療背景人員，組成評選小組，依投標廠商所附資格證明文件進行資格審查，投標廠商經資格審查合格者，始得進入評選過程。有採購法第五十條第一項及採購法施行細則第五十五條所述情形者，不得進入評選。

五、得標廠商（承辦檢查單位）責任

(一)得標廠商應提出履約標的經營管理計畫，並依計畫執行，且受本府之監督，如有違約事證確實將依法追究違約責任。

(二)得標廠商不得再向學生或家長收取任何檢查費用。

(三)學生個人資料、健康檢查結果不得外洩，如有違法事證確實將依法追究責任，並應繳納懲罰性違約金 50 萬元整。

(四)針對無健保或清寒學生之複檢，得標廠商應負起社會責任，協助其追蹤複檢。

(五)能提供本市之健康檢查資料分析報告，包括紙本及可上傳至健康資訊管理系統之電子檔（須符合教育部規格），俾利本府教育局進行結果面之品管，並如期上傳資料至中央進行全國學生健康資料分析。

(六)得標廠商在執行健康檢查工作時應配帶識別證。

拾肆、品質管控與稽核方式

分學校查驗、檢查結果正確率之計算、稽核小組實地考核等方式進行品質

管控。

一、學校應組成學生健檢品質控管小組

受檢學校應負責健檢現場查驗工作，如發現不符契約規定之項目時，應立即反應，要求對方改善，若無法立即改善，應經雙方確認後，紀錄存證，若情節重大會影響檢查品質或判讀結果，則可當場拒絕受檢，或通知稽核人員協助處理，併呈報本府教育局備查。品質控管小組應確實執行下列事項：

- (一)學校應成立健檢工作小組：成員包含校長、學務主任、衛生組長、護理師、總務處人員、專業代表（辦理採購時外聘之評審委員）、教師代表、家長志工等。並指定專人負責檢核確認得標廠商確實依據採購合約內容組成健康檢查隊辦理學生健康檢查工作。
- (二)學校護理師應監控檢查項目、流程及品質，確認檢查單位確實依學生健康檢查內容及方法辦理檢查工作。（若有不合宜之處需當場糾正(例穿厚外套檢查脊柱側灣或未脫鞋襪檢查肢體畸型等)
- (三)分發檢查結果通知單及進行檢體複驗之時效
 1. 學生理學檢查完畢後，10 個工作天內需完成書面資料通知家長。
 2. 尿液初驗陽性之個案須於理學檢查當日完成採檢複驗。

二、檢查結果正確率之計算

包含實驗室檢查結果及轉介複查結果正確率

(一)計算實驗室檢查結果之正確率

1. 由教育局依行政區指定辦理學校，抽取學生總數為該校受檢學生總數之 1%作匿名篩檢，由學校人員重複收取尿液、寄生蟲，編寫新造之姓名、座號併入受檢名冊中送交承辦醫院一起進行實驗室檢查，核對此兩份檢體檢驗結果是否一致。本項檢查費用由承辦醫院自行吸收，不另外支付檢查費。
2. 對照檢查結果：將複製之各項檢體檢驗結果與另一檢體之檢驗結果對照，檢驗結果不符者之比率不宜超過複製樣本數之 3%。
3. 必要時，由學校將抽驗檢體送交甲方指定具公信力之檢驗單位辦理複驗，其檢驗費用及車馬費由得標廠商支付。

4. 本府教育局將針對四區承辦醫院進行正確率評比，評比正確率最高之醫院將由本府教育局核發表揚狀壹紙作為獎勵。

(二)計算轉介複查結果

學校將健康檢查結果發現之異常者造冊，檢查完後一個月內完成個案矯治追蹤，如發現至專科醫院複查，結果確為異常之人數正確率低於80%(診治結果輸入系統之後，參照產生的健康檢查結果統計報表，只要某一單項檢查複檢正常率大於20%，學校應將相關資料呈報教育局，作為驗收或下年度廠商評選之參考資料。

三、健檢工作訪視與考核：

(一)本府教育局成立健檢稽核小組，至現場實地考核檢查執行情形。稽核小組成員包含本府教育局承辦人員、本府衛生局人員、退休校長、退休護理人員、學校行政主管等人員。實地考核學生健康檢查採購案之履約情形及進度。

(二)每所學校派有觀察員進行觀察紀錄，觀察員於體檢現場全程參與體檢過程，進行實地現況紀錄與並觀察體檢過程，如遇情節重大不符合健檢品質當場向受檢學校承辦人員報告，觀察紀錄交由承辦招標學校彙整，並於檢討會提出報告。

(三)核對檢查期限：本府教育局於當年度8月31日前完成學生健康檢查採購案，並於次年度2月28日前完成履約驗收。

拾伍、廠商未確實履約之罰則或處理方式

一、檢查工作隊檢查品質：執行工作時應配帶識別證，如檢查當天因故需更換工作人員時應事先告知學校說明原因，並檢附契約規定資格文件接受查核。另承辦醫院每小時每位醫師檢查之學生數以40人為原則，如因超額受檢而影響檢查品質，或學校對於健檢品質有爭議或不滿意，可拒絕簽收學校健檢人數證明單，機關(學校)得暫停檢查工作至廠商改善為止或另擇期再檢查。

二、全身理學檢查初檢結果正確率：依據轉介複查回條所載異常項目不相符，則該生健保掛號費由得標廠商支付。

三、檢查期限：與複查結果逾期違約金，以日為單位，廠商如未依照契約規定期限完工，應按逾期日數，每日依契約價金總額1‰計算逾期違約金。

四、未完成履約部分：不影響其他已完成部分之使用者，得按未完成履約部分之契約價金，每日依其1‰計算逾期違約金。

拾陸、特殊案例處理

一、家長拒絕接受檢查的處理方案：

(一)將健康檢查資料卡交於家長並請於一個月內自行帶往醫院檢查。

(二)若未能於期限內繳回者，先電訪了解原因並催促就診。

(三)於當學期內仍無法繳回者，請家長填寫切結書，就其不檢查的項目，今後發現任何異狀或發生醫療事故，造成身心傷害，家長自行承擔責任。

二、低收入戶或無健保無力就醫進行後續診治者，處理方案：

(一)各校若已有相關的輔助措施，則請先給予補助就醫。

(二)依得標醫院提出之附加服務協助辦理之。

(三)學童就醫之後檢具相關收據(每名補助限額最高600元)，交由學校彙整之後列冊，向得標醫院領取相關費用。

拾柒、活動績優人員，依本市立高級中等以下學校教育人員獎勵要點予以敘獎。

拾捌、本計畫經核定後實施，修改亦同。

附件一：各項通知表單參考樣張供參，不足部分，請自行設計使用

1-學生健康檢查家長通知書參考格式

臺中市 104 學年度學生健康檢查家長同意書

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。教育處訂於 月 日，委請○○醫院健檢工作隊到校，為 貴子弟實施健康篩檢，請 貴家長詳閱本通知各項說明後，於通知回條簽章。

檢查項目如下：

- 一、眼睛、頭頸檢查：檢查其他異常（結膜蒼白、鞏膜黃膽、裸視驗光）。斜頸、異常腫塊及其他。
- 二、口腔檢查：檢查齲齒、缺牙、咬合不正、口腔衛生及其他異常。
- 三、耳鼻喉檢查：檢查聽力、耳膜破損、盯聾栓塞(註1)、扁桃腺腫大及其他異常。
- 四、胸部(胸腔及外觀)、脊柱、四肢檢查：檢查心肺疾病、胸廓異常、脊柱側彎、肢體畸形、蹲踞困難(青蛙肢)及其他異常。(須取得家長同意書)
- 五、皮膚檢查：檢查癬、疥瘡、疣、異位性皮膚炎、溼疹及其他異常。
- 六、腹部檢查：包含肝脾腫大及其他異常(須取得家長同意書)
- 七、男生泌尿生殖檢查(註2)：檢查包皮異常、精索靜脈曲張及其他異常(須取得家長同意書)
- 八、尿液檢查：檢查尿蛋白、尿糖、潛血，酸鹼度、若初查異常者需進行複查。

※以上檢查項目體檢當日是由男醫師看診

(註1) 盯聾，俗稱「耳屎」，若盯聾分泌過多或排出受阻，有可能漸漸結成硬塊阻塞外耳道，形成盯聾栓塞。

(註2) 隱睾、精索靜脈曲張、陰囊腫大等泌尿生殖器官檢查項目，與男性不孕症有關連性。

健康中心 敬啟

✂-----✂-----✂

學生健康檢查 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，完全配合健康篩檢。

2. 已詳閱本通知各項說明，配合健康篩檢；但不願在校內進行下列檢查：

（ 胸部， 腹部， 男生泌尿生殖器 檢查 ），會自行帶至小兒外科或泌尿科專科醫師檢查，並另交診查回條。

家長簽章：_____ 103 年 月 日

※ 回條請於____年____月____日前交給班導師，再統一繳回健康中心彙整。

臺中市 104 學年度學生健康檢查家長通知書

健康檢查日期： 104 年 月 日

健康檢查家長準備注意事項：

- 一、檢查前一天，請指導學生確實洗淨身體、頭髮。
- 二、檢查當天請勿缺席、請勿點眼藥膏，當天著體育服裝（二截式），並確實刷牙。
- 三、針對胸部、腹部及泌尿生殖器官之檢查，因涉及個人私密，故需經學生家長簽署同意書後使得進行。若家長不同意進行此三項檢查，應由家長帶學生至醫院進行檢查，並繳回其檢查報告書。
- 四、檢查完成發給學生健康結果通知單。
- 五、貴子弟若有缺點或疾病，請遵照醫師建議科別，帶往醫院複查或矯治，並註記於健康結果通知單回條，交回健康中心，以追蹤維護學生健康。
- 六、若當天無法在校進行檢查者，願意配合學校安排補檢日期。

健康中心 敬啓

2-學生健康檢查結果通知書參考格式

臺中市_____國民中(小)學學生健康檢查結果通知單

親愛的家長您好：

貴子女____年____班、座號____姓名_____於____年____月____日，經_____醫院蒞校實施健康檢查結果如下：

檢查項目	檢查內容及結果	醫事人員 簽章
血壓	收縮壓：_____mmHg (80-140)舒張壓：_____mmHg(50-90) 脈搏：_____ (※國小無此檢查項目)	
尿液	尿蛋白： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常____ 尿糖： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常____ 潛血： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常____ 酸鹼度 _____ <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
蟯蟲	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (※國中新生無此項檢查)	
眼	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> 其他_____	
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 聽力障礙： <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞(耳屎) <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____	
頭頸	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他_____	
胸腔及外觀 (胸部)	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 須心電圖檢查	
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲距困難(青蛙肢) <input type="checkbox"/> 其他_____	
腹部	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____	
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 隱睪 <input type="checkbox"/> 疝氣 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他_____	
皮膚	<input type="checkbox"/> 無異常 <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"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 其他_____	
口腔	詳細檢查結果另外分發通知單，亦請另行回覆，謝謝！	

在校健康檢查結果並非正式醫療診斷，本通知僅提供您作健康管理參考。上述檢查結果發現有異常者，務必請您帶至合格醫療院所，再做進一步檢查，並將複查及矯治回條繳回健康中心彙整。

臺中市_____國民中(小)健康中心敬啟 年 月 日

健康檢查複查及矯治回條

班級：_____年_____班 座號_____ 學生姓名_____

診治科別	診療日期	醫院名稱/醫師	診療(斷)結果	矯治追蹤建議
				<input type="checkbox"/> 複檢無異狀 <input type="checkbox"/> 複檢有異狀
				<input type="checkbox"/> 複檢無異狀 <input type="checkbox"/> 複檢有異狀
				<input type="checkbox"/> 複檢無異狀 <input type="checkbox"/> 複檢有異狀

家長聯絡事項：

家長簽章：

日期：

●請在健康檢查完後一個月內就診完畢，並將回條繳交給級任老師，以利健康中心彙整及了解小朋友的身體狀況喔。

臺中市_____國民中(小)學 學童口腔健康檢查結果通知單

貴子女_____於_____年_____月_____日經_____醫院實施口腔健康檢查結果發現：

1	未治療齲齒	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
2	已治療齲齒	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
3	恆牙第一大臼齒齲齒經驗	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
		<input type="checkbox"/> 上顎、 <input type="checkbox"/> 下顎	
4	第一大臼齒已經萌發	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
5	恆牙白齒窩溝封填	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
6	口腔黏膜狀況(國中)	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 需轉介
7	口腔衛生不良	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
8	牙結石	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
9	牙齦炎	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
10	咬合不正	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
11	其他	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

目前全口牙複檢結果如下圖： 請勾選複檢結果項目

C-齲齒 _____ X-缺牙 _____ △-已填補 _____

/-待拔牙(因齲齒造成之殘根) h-乳齒待拔 咬合不正

牙齦發炎 牙結石 其他

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
上				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上			
右														左			
下				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	下			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

牙齒是咀嚼食物、幫助發音、維持臉型美觀，促進身心健康的重要器官，口腔檢查結果發現有異常者，務必請至牙科醫師處再做進一步複檢及矯治，並將此矯治回條繳回健康中心彙整。謝謝您的合作！

臺中市_____國民中(小)健康中心 敬啟 年 月 日

口腔健康檢查複檢與矯治回條

_____年_____班、座號_____ 學生姓名_____，經牙醫師詳細複檢結果為：

牙醫師的矯治與建議如下：

無異狀(並未發現問題-複檢無異)

複檢有異狀：

- 暫時無須治療
- 治療中，仍須回診
- 已完成所有治療
- 應另行轉診
- 應加強口腔衛生
- 其他：

目前全口牙複檢結果如下圖： 請勾選複檢結果項目

C-齲齒 _____ X-缺牙 _____ △-已填補 _____

/-待拔牙(因齲齒造成之殘根) h-乳齒待拔 咬合不正

牙齦發炎 牙結石 其他

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
上				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上			
右														左			
下				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	下			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

待拔牙定義：

- a. 凡是乳牙齲齒嚴重無法修復者稱之。
- b. 恆牙有膿瘍出現，並合併 degree 2 以上之搖動者稱之。
- c. 牙齒之牙冠因齲齒而喪失只留下牙根者。

醫療機構： _____ 醫師簽章： _____ 複檢日期： _____

家長聯絡事項：

家長簽名：

3-尿液篩檢作業老師工作說明

一、尿液篩檢目的

進行學童尿液檢查的主要目的，在於早期發現罹患腎臟病及糖尿病的學童，同時藉此檢查提醒家長及校方重視學童身體健康狀況，並在篩檢後，將異常個案轉至醫院進行後續的追蹤及治療，以避免疾病惡化之可能性。

二、檢查前準備事項：(煩請老師及保健護士協助完成下列事項)

1. 填寫受檢學生名冊
2. 受檢前一天分配採尿容器予每位學童
3. 指導學生正確的採尿方式
4. 尿液檢體收集後，放置於保健室內蔭涼場所

三、初檢器材

每位學童：紙尿杯、採尿瓶、標籤紙

每班老師：尿液篩檢作業老師工作說明、尿盤一個、標籤一張(填寫班級)

四、檢查注意事項：(為求複檢結果的正確，請家長協助學童做好下列事項)

- (一) 收到尿瓶時，將標籤用原子筆填好學校、年級、座號及姓名等，然後將此標籤貼在尿瓶上。
- (二) 為了避免影響結果，檢查的前一天晚上，請宣導學生禁止服(食)用含有維他命C的藥品、果汁及可樂等清涼飲料。
- (三) 就寢前請將尿液排放乾淨。
- (四) 早上起床的第一次尿液，請用本院提供的紙尿杯裝好。
- (五) 將本院提供的尿瓶，取下蓋子，倒過來用力擠壓，吸取收集到的尿液(因為檢查項目多，所以必須吸到尿瓶頸處)。
- (六) 蓋子旋緊，帶回學校交給老師。

註：若您的子弟已有腎臟病或糖尿病，請學童到學校時報告老師加以記錄。

五、收集檢體

隔天早晨學童將尿瓶交回學校，請老師檢查每位學生標籤是否填妥，指導學童將尿瓶按照座號順序，放回尿盤上，並貼上學校班級的標籤，再將整個尿盤放置於保健室蔭涼場所，本院將派專人前來取回，並冷藏運回進行檢查。

六、報告及複檢

檢體收回後，醫院會將異常報告傳真至學校，結果異常的學童承辦醫院將給一份尿液複檢通知書及複檢器材，並於3-5天後提供複檢，必須依照複檢注意事項確實執行，以免影響檢查結果，同時複檢尿瓶上請確實填寫學校、班級、姓名。

七、複檢器材

每位學童：紙尿杯、採尿瓶、標籤紙、尿液複檢通知書及注意事項

每班老師：複檢學生名冊、尿盤一個、標籤一張(填寫學校)

八、複檢報告：複檢結果判定為陽性者，由承辦醫院通知學校及家長，安排日期，抽血作進一步之檢查。

九、補檢：初檢當日學童因任何原因缺席而未交檢體，請於複檢的時間補交

臺中市政府教育局 關心您

4-尿液及寄生蟲檢查初檢名冊

臺中市○○區○○國民中（小）學校學生尿液級寄生蟲初檢名冊

____年____班 學生總數____，男____女____ 導師：_____ 收集日期：_____

受檢學生基本資料			寄生蟲初檢			尿液初檢				
性別	座號	姓名	蟯蟲	服藥	備註	酸鹼度	尿蛋白	尿糖	潛血	備註
共 計										

註：

1. 檢體繳交情形請直接在該項欄位前標示：缺交×，轉出或中輟生△，女生生理期○。
2. 檢查結果在該項欄位內標示：陰性不標示，陽性+或++。所有陽性個案均須再收檢體複檢。
3. 寄生蟲陽性者須服藥，服完藥在服藥欄填上完成日期。備註欄填寫複檢檢體送出日期。

國中尿液檢查名冊

____年____班 學生總數____，男____女____ 導師：_____ 收集日期：_____

受檢學生基本資料			尿液初檢					尿液複檢			
性別	座號	姓名	酸鹼度	尿蛋白	尿糖	潛血	備註	酸鹼度	尿蛋白	尿糖	潛血
共 計											

1. 檢體繳交情形請直接在該項欄位前標示：缺交×，轉出或中輟生△，女生生理期○。
2. 檢查結果在該項欄位內標示：陰性不標示，陽性+或++。所有陽性個案均須再收檢體複檢。
3. 收集日期為初檢檢體送出日期；初檢備註欄填寫複檢檢體送出日期。

5-學生尿液複檢通知單

學校名稱：臺中市○○區○○國民中（小）班 級： 年 班

座 號： 號 姓 名：

異常項目：

複檢日期： 月 日

為求檢驗結果正確，請您於採集尿液檢體時，再次遵守下列幾點注意事項：

- (1) 為了避免影響結果，檢查的前一天晚上，禁止服（食）用含有維他命 C 的藥品、果汁、及可樂等清涼飲料。
- (2) 檢查前一天晚上就寢前，請先將尿液放乾淨。
- (3) 早上起床的第一次尿液先排掉前面一部份，再用提供的集尿管（八分滿）收集。
- (4) 蓋好蓋子並旋緊後，攜帶至學校（儘量不要傾倒），並於當日早上到校後，立即交給級任老師。

敬祝 平安、健康

_____醫院 臺中市○○區○○國民中（小） 敬啟

6- 蟯蟲檢查通知書參考範例

蟯蟲檢查通知書

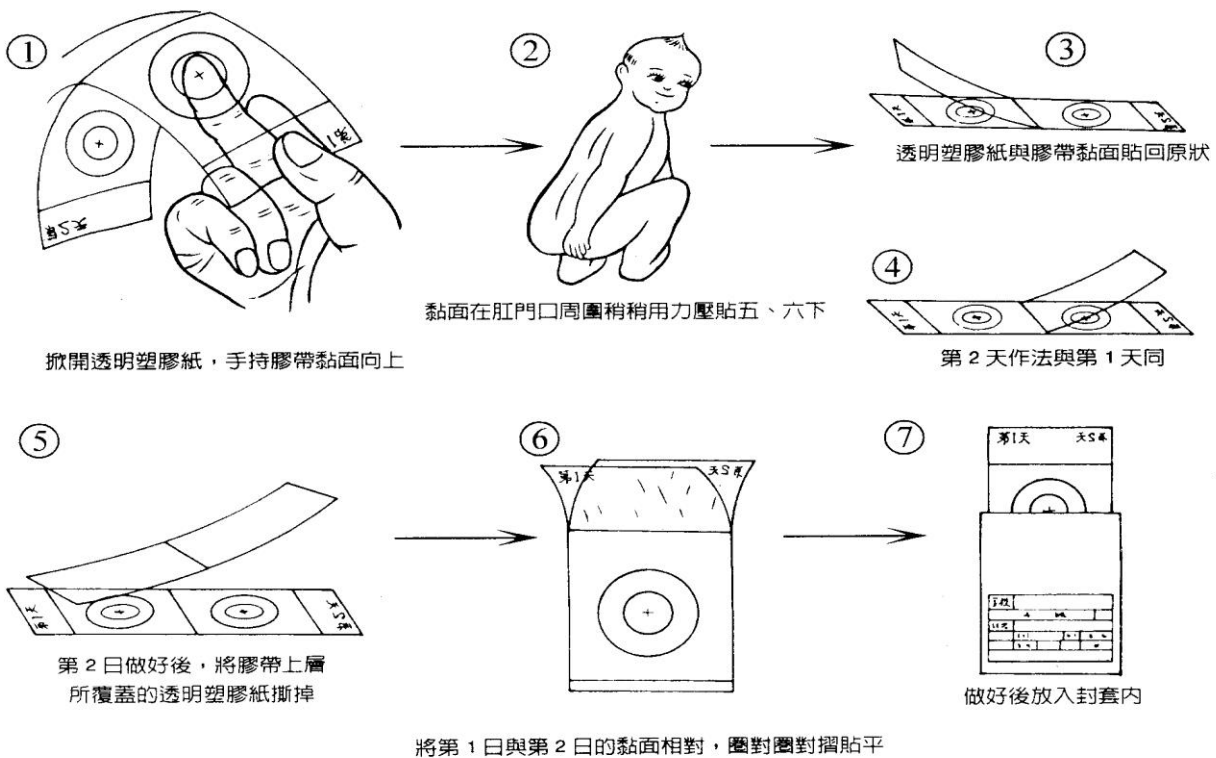
敬愛的家長：

我們肚子裡是否有寄生蟲，可以從檢查大便找到答案。但蟯蟲則例外，牠通常在夜晚爬行肛門周圍排卵，使受感染的孩童肛門搔癢而睡不安穩。因此，要知道是否受到蟯蟲的感染，應以特製的黏膠黏貼肛門周圍，經顯微鏡檢查，最為簡便、確實而可行。這種膠紙肛門周圍蟯蟲檢查方法，以孩童振起未上廁所（大號）前實施的檢出比率最高。因此，有勞貴家長的協助，共同為孩童的保健工作盡力。謝謝您的協助。

下圖是蟯蟲檢查用膠紙使用的步驟，請參閱。

蟯蟲檢查膠紙使用說明（如貴子弟無法自行處理，請家長代勞）

採樣時間：早上起床後，未上廁所或未清洗肛門前



醫院 臺中市○○區○○國民中（小） 敬啟

7- 腸道寄生蟲投藥通知書參考範例

蟯蟲投藥通知書

敬愛的家長您好：

為避免共同生活而有交互傳染現象，應給予蟯蟲檢查呈陽性者同住親屬投藥，請將以下表格填妥交回學校健康中心：

年級	班級	座號	姓名	家屬人數 (包括學生本人)	所需劑量
				(人)	(錠)

藥品名：Mebendazole

劑 量：100mg

用法用量：不論大人小孩一錠即可，不須空腹，三歲以下及孕婦不可服用。

副作用：幾乎沒有，對嚴重寄生蟲感染孩童或有下痢。

_____醫院 敬啟

蟯蟲檢查呈陽性投藥名單

學校名稱：_____

為使蟯蟲檢查呈陽性之學生及同住親屬投藥，請將以下表格填妥交給健康檢查醫院：

年級	班級	座號	姓名	家屬人數 (包括學生本人)	所需劑量
				(人)	(錠)
				(人)	(錠)
				(人)	(錠)
				(人)	(錠)

藥品名：Mebendazole

劑 量：100mg

用法用量：不論大人小孩一錠即可，不須空腹，三歲以下及孕婦不可服用。

副作用：幾乎沒有，對嚴重寄生蟲感染孩童或有下痢。

_____醫院 敬啟

附錄二-健康檢查工作實施狀況驗收表單參考範例

1. 臺中市 104 學年度學生生理學檢查人數暨各項工作驗收單

(本表一式二份均為正本，一份由醫院帶回，一份學校自存)

學校名稱	臺中市 區	<input type="checkbox"/> 國民中學 <input type="checkbox"/> 國民小學		在籍人數	一年級	人		
					四年級	人		
					七年級	人		
檢查日期	年 月 日	起迄時間	時 分至	時 分				
承辦醫院	醫院							
健康檢查工作隊人員簽到表								
編號	職稱	科別	姓名	編號	職稱	科別	姓名	
1		內(兒)科		6				
2		家醫科		7				
3		牙科		8				
4				9				
5				10				
理學檢查驗收項目【請√】								
年級	人數	理學當天受檢人數(A)	補檢學生數(B)	受檢總數(C=A+B)				
	一年級							
	四年級							
	七年級							
	合計(人)							
一、檢查工作隊人員		小兒科	家醫科	牙科	其他	護理人員	行政助理	醫檢師
1. 數量(請填人數)		共 人						
2. 穿著醫院工作服及配戴服務證								
二、檢查過程		相符	不符	備註				
1. 依部訂檢查方法實施檢查				1. 檢查過程若遇需改進事項，請場務人員立即提醒改善。 2. 即時改善者，請於”相符”欄位勾選。 3. 經提醒後，仍未改善再於”不符”欄位勾選。				
2. 學生按既定檢查項目，依序受檢								
3. 依預定時間準時到達及完成								
4. 檢查用具齊全								
5. 注意清潔衛生								
6. 態度親切								
7. 尊重學生隱私								
8. 其他：								

蟯蟲檢查

醫院檢體收集日期	年 月 日	醫院檢體收集人	(簽名)
年級 \ 人數	初檢人數(A)	補檢人數(B)	實際完成人數(C=A+B)
一年級			
四年級			
合計(人)			

尿液檢查

醫院檢體收集日期	年 月 日	醫院檢體收集人	(簽名)
年級 \ 人數	初檢人數(A)	補檢人數(B)	實際完成人數(C=A+B)
一年級			
四年級			
七年級			
合計(人)			

驗收項目【請√】	相符	不符	備註
1. 一週前聯絡相關事宜			
2. 一週前送達檢體收集用具			
(1)集尿瓶、整合盤、集尿杯			
(2)名冊			
(3)通知單及說明書			
3. 依規定檢驗檢體或收回檢體			
4. 如須收回檢體備有冷藏設備			
5. 檢體收回，提出初驗報告			
6. 初驗異常者有提供複檢，並約定下次收回檢體時間			
7. 檢體收回，提出複驗報告			

血液檢查(僅七年級學生，國小免填)

年級 \ 人數	初檢人數(A)	補檢人數(B)	實際完成人數(C=A+B)
七年級			
合計(人)			

驗收項目【請√】	相符	不符	備註
1. 一週前聯絡相關事宜			
2. 一週前送達檢體相關資料			
(1)名冊			
(2)通知單及說明書			
3. 依規定檢驗檢體或收回檢體			
4. 如須收回檢體備有冷藏設備			
5. 檢體收回，提出初驗報告			

觀察員
(無者免簽)

護理師

學務主任

校長

2. 學生健康檢查補檢人數證明單

(本表無需送交醫院，各校自行留存備查)

學校名稱	臺中市 區	<input type="checkbox"/> 國民中學 <input type="checkbox"/> 國民小學	
項目	理學檢查	血液檢查	
(原)檢查日期			
補檢日期			
(原)檢查醫院			
補檢巡檢醫院			
補檢年級/人數	一年級 人	七年級	
	四年級 人	人	
	七年級 人		
補檢地點			
補檢陪同人員簽名			
補檢巡檢醫院工作人員簽名			
簽章	護理師	學務主任	校長

中 華 民 國 年 月 日

3-健康檢查結果暨矯治追蹤統計表

1-臺中市○○區○○國民中(小)學 104 學年度__ 年級健康檢查結果暨矯治追蹤統計表

類別	男	女	合計
受檢學生總數			
健檢無異狀學生數			

科別	統計	檢查項目結果發現異狀						複檢就醫矯治追蹤情形								
		男		女		合計*		複檢☆	正常	複檢△	異常	未就醫×		就醫率		備註及其他異常項目
		人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	
眼	視力不良															
	近視															
	遠視															
	散光															
	弱視															
	辨色力異常															
	斜視															
	睫毛倒插															
	眼球顫顫															
	眼瞼下垂															
	其他															
耳鼻喉	聽力異常															
	疑似中耳炎															
	耳道畸形															
	唇顎裂															
	構音異常															
	耳前瘻管															
	耵聍栓塞															
	慢性鼻炎															
	過敏性鼻炎															
	扁桃腺腫大															
其它																
頭頸	斜頸															
	甲狀腺腫															
	淋巴腺腫大															
	其它															
胸腔及外觀	胸廓異常															
	心雜音															
	心律不整															
	呼吸聲異常															
	其他															
腹部	肝脾腫大															
	疝氣															
	其他															

科別	統計	檢查項目結果發現異狀						複檢就醫矯治追蹤情形								
		男		女		合計*		複檢☆	正常	複檢△	異常	未就醫×		就醫率		備註及其他異常項目
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
脊柱四肢	脊柱側彎															
	多(併)指															
	蹲踞困難(青蛙肢)															
	關節變形															
	水腫															
泌尿生殖	隱罩															
	陰囊腫大															
	包皮異常															
	精索靜脈曲張															
	其它															
皮膚	癬															
	疣															
	紫斑															
	疥瘡															
	濕疹															
	異位性皮膚炎															
	其它															
牙科	未治療齲齒															
	已治療齲齒															
	齲齒經驗															
	恆牙第一大白齒齲齒經驗															
	恆牙白齒之窩溝封填															
	缺牙															
	衛生不良															
	牙結石															
	牙齦炎															
	牙周炎															
	咬合不正															
	黏膜異常															
	其它															
	尿	液篩檢異常														
蟯蟲陽性																
	頭蝨患者															

製表人：

衛生組長：

學務主任：

校長：

填表日期 年 月 日

說明：

- 一、本表置於教育部網站體育司業務介紹之學校衛生項之健康檢查，請依「班級健康檢查結果暨矯治追蹤名冊」一、四年級分開統計。
- 二、異狀百分比=異狀人數÷受檢總人數，就醫率率=[☆+○]÷[*]
- 三、健康檢查於上學期執行者本表於二月底前上傳完成，並製作一式兩份，一份留存學校備查，一份送教育局體健課。
- 四、視力不良是指E字視力檢查表篩檢值任一眼低於0.8以下(含0.8)，近視、遠視、散光、斜弱視的判讀是指經眼科醫師診斷後的判讀結果；「辨色力異常」指以色盲檢查卡檢出辨色異狀人數。
- 五、蟯蟲陽性的統計，請填寫與健康檢查同學期之第一次蟯蟲檢查陽性的人數。
- 六、近視、遠視、散光為視力不良分類診斷，故不計算矯治率。
- 七、頭蝨檢查由學校人員於學期初時檢查，其結果應登錄並矯治。

附錄三-健康檢查結果矯治追蹤個案管理表單

1-臺中市○○區○○國民中(小)學特殊疾病個案管理記錄表 (範例)

姓名		性別		學年度	年 級	導 師 姓 名
收案日期：	年	月	日		年 班	
結案日期：	年	月	日		年 班	
診斷名稱：					年 班	
					年 班	
現況：					年 班	
					年 班	
需要照護事宜：						
就診醫院： 醫院						
緊急聯絡電話	姓名	關係	住家	公司	手機	
輔導日期	健康輔導紀錄					紀錄者

製表人：

衛生組長：

學務主任：

校長：

2-臺中市○○區○○國民中(小)學特殊疾病學生會簽記錄單

姓名		性別		年 班	年 班	年 班
				年 班	年 班	年 班
疾病診斷名稱：						
學生健康現況：						
在校期間照護注意事項：						
發病時的緊急處理方式：						
科 任 教 師 會 簽	一年級	二年級	三年級	四年級	五年級	六年級

導師簽章：

學務主任：

校長：

護理人員：

會簽單位：

臺中市_____國民中(小)學學生健康檢查結果通知單

親愛的家長您好：

貴子女____年____班、座號_____姓名_____於____年____月____日，經_____醫院蒞校實施健康檢查結果如下：

檢查項目	檢查內容及結果	醫事人員 簽章
血壓	收縮壓：_____mmHg (80-140)舒張壓：_____mmHg(50-90) 脈搏：_____ (※國小無此檢查項目)	
尿液	尿蛋白： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常____ 尿糖： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常____ 潛血： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常____ 酸鹼度 _____ <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
蟯蟲	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (※國中新生無此項檢查)	
眼	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> 其他_____	
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 聽力障礙： <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞(耳屎) <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____	
頭頸	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他_____	
胸腔及外觀 (胸部)	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 須心電圖檢查	
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲距困難(青蛙肢) <input type="checkbox"/> 其他_____	
腹部	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他_____	
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 隱睪 <input type="checkbox"/> 疝氣 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他_____	
皮膚	<input type="checkbox"/> 無異常 <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"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 其他_____	
口腔	詳細檢查結果另外分發通知單，亦請另行回覆，謝謝！	

在校健康檢查結果並非正式醫療診斷，本通知僅提供您作健康管理參考。上述檢查結果發現有異常者，**務必**請您帶至合格醫療院所，再做進一步檢查，並將複查及矯治回條繳回健康中心彙整。

臺中市_____國民中(小)健康中心敬啟 年 月 日

健康檢查複查及矯治回條

班級：_____年_____班 座號_____ 學生姓名_____

診治科別	診療日期	醫院名稱/醫師	診療(斷)結果	矯治追蹤建議
				<input type="checkbox"/> 複檢無異狀 <input type="checkbox"/> 複檢有異狀
				<input type="checkbox"/> 複檢無異狀 <input type="checkbox"/> 複檢有異狀

				<input type="checkbox"/> 複檢無異狀 <input type="checkbox"/> 複檢有異狀
--	--	--	--	--

家長聯絡事項：

家長簽章：

日期：

- 請在健康檢查完後**一個月內**就診完畢，並將回條繳交給級任老師，以利健康中心彙整及了解小朋友的身體狀況喔。