

# 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) 隱睪、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

## 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) 脈博：_____ (※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"/> 隱睾 <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				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	左					
下																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				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	左					
下																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：

# 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

# 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。

## 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

# 蟯蟲檢查通知書 (參考範例)

## 蟯蟲檢查通知書

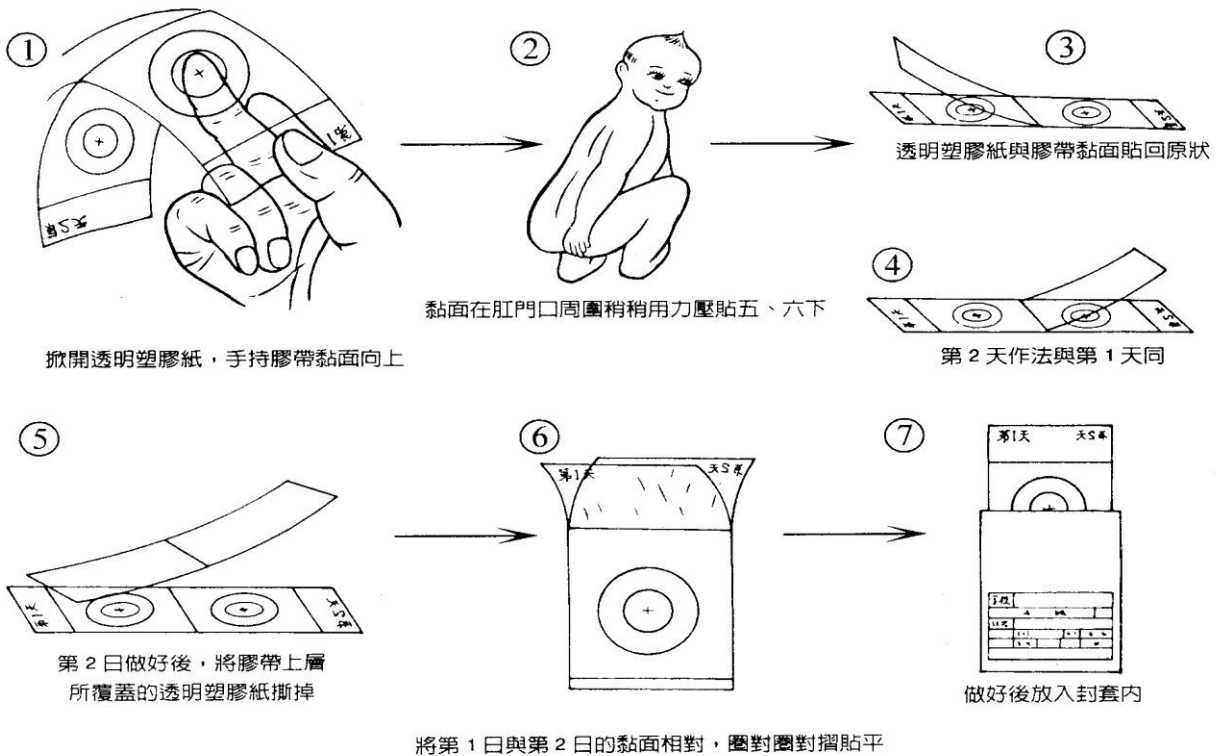
敬愛的家長：

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



# 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

## 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								
<b>健康檢查工作隊人員簽到表</b>									
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					
<b>理學檢查驗收項目【請√】</b>									
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)									
<b>一、檢查工作隊人員</b>			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									
<b>二、檢查過程</b>			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 <b>立即</b> 提醒改善。 2. 即時改善者，請於”相符”欄位勾選。 3. <b>經提醒後</b> ，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



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。



## 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) 脈博：_____ (※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"/> 隱睾 <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

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。