

國立雲林科技大學 114 學年度第 1 學期新生健康檢查須知

一、健康檢查法源依據

依教育部發布之「學生健康檢查實施辦法」與本校「新生健康檢查實施要點」規定，每位同學皆必須接受學生健康檢查。

二、健康檢查實施對象

本校所有新生、轉學生、復學生。

三、健康檢查實施方式：可依個人需求擇一辦理，但請盡量參加校內健檢(費用較優惠且方便)

- (一) 參加校內辦理之團體健康檢查。(詳見第四點說明)
- (二) 自行前往其他醫療機構團體健康檢查。(詳見第五點說明)


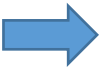
四、參加校內團體健康檢查

- (一) 承辦醫院：臺安醫院雙十分院。
- (二) 檢查項目：詳見附件一「國立雲林科技大學學生健康資料卡」第 2 頁內容。
- (三) 檢查地點：本校產學研究大樓地下一樓。
- (四) 報名方式：活動當天現場報名，無須事前預約。
- (五) 收費方式：現場報名時由承辦醫院收費(現金收費)。
- (六) 準備物品：1.健檢費用現金(請盡量準備剛好現金)。

2.提前將附件一「國立雲林科技大學學生健康資料卡」以 A4 紙雙面列印，並將第 1 頁資料填寫完整後攜帶至健檢會場，避免現場填寫增加等候時間，電子檔下載連結



(七) 健康檢查時間及費用


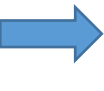
假日時段	<div>1. 健檢時間：<ul style="list-style-type: none">● 114年8月30日~114年8月31日 (週六、週日) 上午09:00-12:00；下午13:00-17:00。● 上午時段最後報到時間為11:30；下午時段最後報到時間為16:30。</div> <div>2. 健檢費用：<ul style="list-style-type: none">● 團體特約價新台幣 900 元【本場次之胸部 X 光檢查為立即判讀】。● 外籍生如增加麻疹及德國麻疹抗體檢驗，健檢費用為新台幣 1700 元。</div> <div>3. 注意事項：<ul style="list-style-type: none">● 參加本梯次健檢者，請依照衛教組公告之各系所時段參加，若未依照該系所時段報到者，視現場狀況等候；預計公告日期 114 年 8 月 11 日，公告網站連結</div> <div></div> <ul style="list-style-type: none">● 在校住宿新生、參與新生開展營者（大學部四技、二技），請參加本梯次。
------	--

平日時段	1. 健檢時間：114 年 9 月 8 日(週一) 上午 08:00-12:00。 2. 本時段最後報到時間 11:30。 3. 健檢費用：團體特約價新台幣 800 元【胸部 X 光檢查非立即判讀】。 外籍生如需增加麻疹及德國麻疹抗體檢驗：新台幣 1600 元。
------	--

(八)低收入戶學生健康檢查費用減免

1. 此減免優惠由校內團體健康檢查承辦醫院「臺安醫院雙十分院」提供。
2. 減免對象僅限「參加校內團體健康檢查」之新生。
3. 具有 114 年鄉、鎮、市公所開立「低收入戶證明」之新生，予以減免健康檢查費用新台幣 300 元。
4. 健康檢查當日繳交「低收入戶證明影本」給收費人員，即可現場減免健康檢查費用。
5. 僅限健康檢查當日提出證明才可享有減免健康檢查費用，不接受事後補繳證明。

五、自行前往其他醫療機構健康檢查：

- (一) 請務必將附件一「國立雲林科技大學學生健康檢查資料卡」A4雙面列印，並攜帶至國內醫療院所進行健康檢查，以避免健檢項目遺漏。
- (二) 健康檢查項目規定詳見「國立雲林科技大學學生健康資料卡」第2頁內容；建議健康檢查醫療機構查詢，僅供參考  (重要提醒：非做勞工一般健康檢查，因項目與本校規定相差甚遠)。
- (三) 「國立雲林科技大學學生健康檢查資料卡」，第1頁資料自行填寫，第2頁由醫療院所填寫，資料卡電子檔下載連結。 
- (四) 學校規定之健檢項目牙齒檢查，若您檢查之醫療院所沒有提供該項檢查，需另行至牙科診所檢查。
- (五) 如您已接受其他健康檢查，請檢視下列三項規定方可繳交該份健康檢查報告：
 1. 國內醫療機構之檢查報告，健康檢查日期須為 6 個月內(即 114 年 3 月 8 日後)。
 2. 健康檢查報告內容須包含學校規定之項目(詳見學生健康資料卡第 2 頁)。
 3. 將本校學生健康資料卡下載列印，第 1 頁資料填寫完畢後併健康檢查報告繳交。
- (六) 健康檢查報告繳交方式：
 1. 到校繳交：繳交地點為本校學生活動中心 1 樓衛生教育組，繳交時間為週一~週五上午 09：00~12：00；下午 13：00~16：30。
 2. 郵寄掛號繳交：雲林縣斗六市大學路三段 123 號 學務處衛生教育組 高珊婷 護理師收。

(七) 健康檢查報告繳交期限：

1. 住宿生須於入住學校宿舍前完成報告繳交。
2. 要參加新生學涯開展營活動者，須於活動前完成報告繳交，最遲須於 114 年 8 月 31 日下午 16：30 前完成報告繳交。
3. 非校內住宿生或不需參加新生學涯開展營活動者，最遲應於開學兩週內繳交(114 年 9 月 22 日前)，逾期繳交者將依本校學生獎懲辦法處理。

六、健康檢查注意事項

(一) 檢查前三天請維持正常作息、清淡飲食(勿暴飲暴食)、勿劇烈運動，否則可能會影響檢查結果的真實性。

(二) 檢查當日：

1. 參加校內團體健檢無須空腹；但如您為自行預約前往醫療院所健康檢查，是否須空腹則須依照該醫療機構之規定。
2. 慢性病或正在服用藥物者，檢查當日可正常服藥；但如您為糖尿病患者，請提前諮詢您的醫生是否需要暫停用藥。
3. 如遇身體不適、生理期，請務必告知現場工作人員。
4. 參加校內團體健康檢查者，勿穿著有金屬物件(如鈕扣、項鍊、亮片等)之上衣及內衣，並請勿佩戴金屬飾品。
5. 懷孕或備孕者不能進行 X 光檢查，請務必告知工作人員。

七、在校住宿新生相關規定

(一) 參加校內團體健康檢查者：請參加假日時段健康檢查(本場次之胸部 X 光檢查為立即判讀)，經醫師確認胸部 x 光報告無傳染性病灶才能入住宿舍。

(二) 自行校外健康檢查者：請先繳交健康檢查報告書紙本正本(需有合格之胸部 x 光報告)至衛教組，才可入住宿舍。

八、如有相關問題請洽詢

本校學務處衛生教育組高珊婷護理師，專線電話 05-552-4106。

學生基本資料	入學日期	年 月	系所	學號	
	姓名		身分證字號	出生日期	年 月 日
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血型	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> AB型 <input type="checkbox"/> O型	行動電話
	戶籍地址				
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：			
健康基本資料	緊急聯絡人 監護人或附近親友		關係	姓名	行動電話
生活型態	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病： <input type="checkbox"/> 2.肺結核 <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 14.癌症： <input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血： <input type="checkbox"/> 4.肝炎 <input type="checkbox"/> 10.蠶豆症 <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱： <input type="checkbox"/> 5.氣喘 <input type="checkbox"/> 11.關節炎 <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱： <input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 <input type="checkbox"/> 18.其他：				
	高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於500度？ <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道				
	領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有(請描述)：_____				
	領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，類別：_____等級： <input type="checkbox"/> 1.輕度 <input type="checkbox"/> 2.中度 <input type="checkbox"/> 3.重度 <input type="checkbox"/> 4.極重度				
	特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有(請描述)：_____ 若有上述疾病尚未痊癒或仍在治療中，請主動告知本校健康中心並提供就診病歷摘要，以作為照護參考。 家族疾病史： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____，疾病名稱：_____ <input type="checkbox"/> 2.不知道				
自我健康評估	※ 請勾選最合適的選項： 1. 過去7天內(不含假日)，睡眠習慣： <input type="checkbox"/> ①每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> ②不足7小時 <input type="checkbox"/> ③時常失眠 2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> ①都不吃 <input type="checkbox"/> ②有時吃，_____天 <input type="checkbox"/> ③每天吃(9點前吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；9點後吃： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否) 3. 過去7天內，你進行中等強度以上(活動時仍可交談，但無法唱歌)的運動、健身、交通和休閒性身體活動，累計1天至少10分鐘有幾天？ <input type="checkbox"/> ①0天 <input type="checkbox"/> ②1天 <input type="checkbox"/> ③2天 <input type="checkbox"/> ④3天 <input type="checkbox"/> ⑤4天 <input type="checkbox"/> ⑥5天 <input type="checkbox"/> ⑦6天 <input type="checkbox"/> ⑧7天 4. 過去一個月內，你吸菸/煙(包括傳統菸品、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情況？ <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②已戒除 <input type="checkbox"/> ③有時吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a.傳統菸品 <input type="checkbox"/> b.電子煙 <input type="checkbox"/> c.加熱式菸品等) <input type="checkbox"/> ④每天吸菸(可複選： <input type="checkbox"/> a.傳統菸品 <input type="checkbox"/> b.電子煙 <input type="checkbox"/> c.加熱式菸品等) 5. 過去一個月內，你喝酒情形？ <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②有時喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒(<input type="checkbox"/> 2杯以上、 <input type="checkbox"/> 1杯、 <input type="checkbox"/> 不到1杯) <input type="checkbox"/> ④已戒除(勾選『每天喝酒』者，需進一步選擇每天喝酒杯數，1杯的定義為啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml) 6. 過去一個月內，你嚼檳榔的情形？ <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ④已戒除 7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常 8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常 9. 過去7天內，你多久排便一次？ <input type="checkbox"/> ①每天至少一次 <input type="checkbox"/> ②兩天 <input type="checkbox"/> ③三天 <input type="checkbox"/> ④四天以上 10. 過去7天內(不含假日)每日除了上課及作功課需要之外，你累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/> ①不到2小時 <input type="checkbox"/> ②約2-4小時 <input type="checkbox"/> ③約4小時以上，_____小時 11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> ①0次 <input type="checkbox"/> ②1次 <input type="checkbox"/> ③2次 <input type="checkbox"/> ④3次以上 12. 在沒有牙痛或其他口腔不舒服的情況下，你多久會做一次口腔健康檢查？ <input type="checkbox"/> ①每半年一次 <input type="checkbox"/> ②每年一次 <input type="checkbox"/> ③一年以上 <input type="checkbox"/> ④從來沒有 13. 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重 <input type="checkbox"/> ④不知道/拒答				
	1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？ <input type="checkbox"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好 2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？ <input type="checkbox"/> ①非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好				
	※ 目前有哪些健康問題？ <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請敘述：_____；是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是				

檢查醫院名稱		檢查醫事人員 簽章							
全身檢查項目						檢查日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日，檢查結果登錄（請勾選）			
身高：_____ 公分 體重：_____ 公斤						腰圍：_____ 公分			
血壓：_____ / _____ mmHg 脈搏：_____ 次/分									
視力檢查		裸視：右眼 _____ 左眼 _____		矯正視力：右眼 _____ 左眼 _____					
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他_____							
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 其他							
頭頸	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他							
胸腔及外觀	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他							
腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他							
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他							
皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<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"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他							
口腔	未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 缺牙(因齲齒拔除)： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 牙齦炎※： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 牙結石※： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他								
實驗室檢查項目		檢查結果	異常註記	實驗室檢查項目		檢查結果	異常註記		
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)			腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dl)				
	尿糖 (+)(-)				尿酸 (mg/dl)				
	潛血 (+)(-)				血尿素氮 (mg/dl) ※				
	酸鹼值			肝功能檢查	麴胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)				
血液常規檢查	血色素 (g/dl)				麴胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)				
	白血球 (10 ³ /μL)			血脂肪	總膽固醇 (mg/dl)				
	紅血球 (10 ⁶ /μL)				高密度脂蛋白膽固醇 (mg/dl)				
	血小板 (10 ³ /μL)				低密度脂蛋白膽固醇 (mg/dl)				
	平均血球容積 MCV(fl)				三酸甘油脂 (mg/dl)				
	血球容積比 Hct (%) ※			其他	血糖 (mg/dl)				
胸部 X 光檢查	檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 疑似懷孕或懷孕，故拒絕此項檢查，請簽名：_____					複查矯治、日期及備註：			
總評建議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：					承辦檢查醫院簽章			
健康管理綜合紀錄	健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄								