

國立雲林科技大學 114 學年度第 2 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(休學前未繳交健康檢查報告者)。


三、健康檢查實施方式：可依個人需求擇一辦理。

(一) 參加校內辦理之團體健康檢查，若報名人數未達 50 人，將取消本次辦理，詳見第四點說明。

(二) 自行前往其他醫療機構團體健康檢查 (限台灣地區之醫療機構)，詳見第五點說明。

四、參加校內團體健康檢查


(一) 依據《學生健康檢查契約書》規定，校內團體健康檢查須達 50 人以上 方可辦理；若報名人數未達 50 人，將取消本次辦理。

(二) 校內團體健康檢查是否如期進行，將於 115 年 2 月 2 日 公告於本校網站「新生入學服務網—最新消息」專區 <https://pse.is/8e649e> ，請同學留意相關資訊。


(三) 承辦醫院：臺安醫院雙十分院。

(四) 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。

(五) 檢查地點：本校學生活動中心 1 樓 GA132。

(六) 報名方式：請於 115 年 1 月 27 日前至本校校園活動報名系統報名，網址 <https://pse.is/8e66hs> 

(七) 準備物品：1. 健康檢查費用現金 (請盡量準備剛好金額)。

2. 於健檢前先將附件一「國立雲林科技大學學生健康資料卡」以 **A4 雙面列印**，並將第 1 頁資料填寫完整後攜帶至現場，以縮短等候時間 (電子檔下載連結：<https://pse.is/8dym45> )

(八) 健康檢查時間及費用：

1. 健檢日期：115 年 2 月 25 日 (星期三)。

2. 時間：上午 09:00-11:00。

3. 最後報到時間：上午 10:45。

4. 健檢費用：團體特約價新台幣 900 元。

5. 外籍生如需加做麻疹及德國麻疹抗體檢驗，健檢費用為新台幣 1,700 元。

(九) 收費方式：健康檢查當日由承辦醫院現場收費(僅提供現金付款，請盡量備妥剛好金額)。

五、自行前往其他醫療機構健康檢查(限台灣地區之醫療機構)：

(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」以 A4 雙面列印並攜帶至醫療院所，以避免健檢項目遺漏，資料卡電子檔下載連結 <https://pse.is/8dym45>



(二) 「國立雲林科技大學學生健康檢查資料卡」第 1 頁資料由學生自行填寫，第 2 頁由醫療院所填寫。

(三) 健康檢查項目請依本校規定辦理，詳見「國立雲林科技大學學生健康檢查資料卡」第 2 頁(重要提醒：不得以一般勞工健檢替代，因其項目與本校規定不同)。

(四) 建議之健檢醫療院所(僅供參考)：<https://pse.is/8e5wln>



(五) 本校規定之健檢項目含「牙齒檢查」。若健檢之醫療院所無牙科檢查，須另行至牙科診所補做。

(六) 若學生已於其他醫療院所完成健康檢查，須符合以下四項規定方可繳交：

1. 必須為台灣地區醫療機構之健康檢查報告。
2. 健檢日期須為 6 個月內(即 114 年 8 月 23 日以後)。
3. 健檢報告須包含本校規定之所有項目(詳見「國立雲林科技大學學生健康檢查資料卡」第 2 頁內容)。
4. 須另填寫「國立雲林科技大學學生健康檢查資料卡」第 1 頁，並與健檢報告一併繳交。

(七) 健康檢查報告繳交方式：

1. 到校繳交：地點為學生活動中心 1 樓衛生教育組；時間為週一至週五 09:00-12:00、13:00-16:30。
2. 郵寄掛號繳交：
寄至「雲林縣斗六市大學路三段 123 號 學務處衛生教育組收(高珊婷護理師)」。

六、健康檢查報告繳交期限：

1. 參加校內辦理之團體健康檢查者，承辦醫院會統一將健康檢查報告交給衛教組，不須再自行繳交報告。
2. 自行前往其他醫療機構團體健康檢查者，請於開學兩週內繳交健康檢查報告(115 年 3 月 6 日前)，逾期將依本校「學生獎懲辦法」辦理。
3. 新生進住宿舍前，應繳交 6 個月內合格之健康檢查報告(含合格之胸部 X 光報告)，方能進住宿舍，如您要申請住宿，建議您提前自行前往其他醫療機構完成健康檢查。

七、健康檢查注意事項

(一) 檢查前三天請保持正常作息、清淡飲食(避免暴飲暴食)，亦避免劇烈運動，以免影響檢

查結果的準確性。

(二) 檢查當日注意事項：

1. 參加校內團體健康檢查者，建議空腹 6~8 小時；若自行前往其他醫療院所，空腹時間請依該院所規定辦理。
2. 慢性病患者或需長期服藥者，當日可按平時服藥；惟若您為糖尿病患者，請事先向醫師確認是否需調整或暫停用藥。
3. 若於檢查當日身體不適或適逢生理期，請務必告知現場工作人員。
4. 參加校內團體健康檢查者，請勿穿著含金屬物件（如鈕扣、項鍊、亮片）之上衣或內衣，並請勿配戴任何金屬飾品。
5. 懷孕或備孕者不得進行 X 光檢查，請務必提前告知現場工作人員。

八、聯絡資訊

如有任何相關問題，請洽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				
自我健康評估	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				
	※ 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					

進食 _____ 生理期 懷孕 疑懷孕

健康編號： _____ 建卡日期： _____ 年 月 日

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	未治療齙齒： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 缺牙(因齙齒拔除)： <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	麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)		
血液常規檢查	血色素 (g/dl)			血脂肪	麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)		
	白血球 (10 ³ /μL)				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						