

國立臺北教育大學 在職專班新生 健康檢查須知

- 一、依學校衛生法規定，凡新生入學者，均須完成健康檢查。
- 二、一般醫院體檢、勞工體檢、兵役體檢內容均與本項目不同，無法取代本項健檢。
- 三、檢查項目及健檢卡，以學校規定表格為主，如項目不符或有缺，請重做或加做。
- 四、務必攜帶『**本校健康檢查卡**』，正面均需填完整資料，依下列方式完成檢查(費用依各醫院規定)。

(一) 本校合約單位-啟新診所：

1. 如欲前往合約單位檢查，請務必“先線上預約”：
https://service.ch.com.tw/group_check/Online_Reg.aspx?tp=sh
2. 攜帶『本校健檢卡』及健保卡，不需空腹。
3. 只須前往一次做檢查，檢查完請索取『體檢證明單』，繳回證明單即可。報告後續會由醫院寄回，如需報告，可後續自行上網下載存檔。
4. 地址:台北市中山區建國北路三段 42 號 5 樓(捷運行天宮站或中山國中站)
5. 可檢查時段: 周一至周五，下午 1:00~4:30。週六，下午 1:00~4:00

(二) 自行前往公私立醫院受檢：項目需符合學校公告體檢項目

1. 請持『本校健康檢查資料卡』至醫院依指定檢查項目確實檢查，並須有醫院官印。檢驗所及門診之報告不行。
2. 不須空腹，檢驗項目須『抽血、驗尿、X光』，各醫院均須『10-21 個工作天』，請務必盡早完成，以免影響後續報到流程。
3. 若該資料卡遺失，請於本校網頁學生事務處-衛生保健組-左側：本處室業務-健康檢查下載，並進行雙面列印。

(三) 若近期已做過體檢者，可繳交近三個月內(報到日往前計算 3 個月)之健康檢查報告(報告內容需完全符合學校規定之項目)，檢查項目若與規定不符或有短缺者，請自行補齊，否則視同未完成註冊手續。

- 五、請於報到當日繳交健康檢查結果，最晚須於六月底前繳交。

- 六、檢查項目詳見健康資料卡

學生事務處衛生保健組 關心您

國立臺北教育大學 _____ 學年度學生健康資料卡

大學部 碩博班 在職專班

學生基本資料	系所班級：				血 型：	學號：
	出生日期： 年 月 日		身分證字號：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	姓名：
	E-mail：				學生行動電話：	
	戶籍地址					相片黏貼處 (1吋)
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：				
緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	
現未滿 20 歲須將健檢報告通知家長或監護人，請提供手機 _____，將發送簡訊至網頁連結查詢。						
健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病					
	<input type="checkbox"/> 1.無		<input type="checkbox"/> 6.腎臟病		<input type="checkbox"/> 11.關節炎	
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核		<input type="checkbox"/> 7.癲癇		<input type="checkbox"/> 12.糖尿病	
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病		<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡		<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____	
	<input type="checkbox"/> 4.肝炎		<input type="checkbox"/> 9.血友病		<input type="checkbox"/> 14.癌症：_____	
<input type="checkbox"/> 5.氣喘(近三年曾發作)		<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症		<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____		
16.重大手術名稱：_____						
17.過敏物質名稱：_____						
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，類別：_____						
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						
生活型態	※ 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，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)情形？ <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②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"/> ③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)。 <input type="checkbox"/> ④已戒除。					
	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"/> a2 杯以上、 <input type="checkbox"/> b1 杯、 <input type="checkbox"/> c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 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml。					
	6. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？ <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						
自我健康評估	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？請敘述： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，是否需要學校協助： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是						
1. 本健康檢查報告採線上查閱。						
2. 女性請填寫：本人確定無懷孕， <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 接受 X 光檢查						
3. 年滿 18 歲以上之學生填寫，是否同意將結果通知家長 <input type="checkbox"/> ①同意 <input type="checkbox"/> ②不同意						
* 本人已了解上述說明，且已確認所填寫資料屬實無誤。 簽名：_____，日期 年 月 日						

健康檢查紀錄表(由健檢單位填寫)

全身檢查項目		檢查日期： 年 月 日			檢查醫事人員簽章					
身高：_____公分 體重：_____公斤		腰圍： _____公分	血壓： / _____ mmHg	脈搏： _____次/分						
視力檢查 <input type="checkbox"/> 裸視：左眼_____右眼_____ <input type="checkbox"/> 矯正：左眼_____右眼_____		辨色力檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 色弱 <input type="checkbox"/> 異常		聽力檢測： 右耳： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 左耳： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 其他： <input type="checkbox"/> 聽障						
其他： <input type="checkbox"/> 視障或高度近視		其他： <input type="checkbox"/> 視障								
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 其他_____									
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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_____									
胸部	<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_____									
心臟	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心搏過速 <input type="checkbox"/> 心搏過緩 <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"/> 青蛙肢(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	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 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 已矯正牙齒： <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"/> 矯治中) <input type="checkbox"/> 其他_____									
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					
實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果 異常註 追蹤		實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果 異常註記 追蹤		
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)				腎功能檢查	肌酸酐 Creatinin (mg/dl)				
	尿糖 (+)(-)					尿酸 UA (mg/dl)				
	潛血 (+)(-)					血尿素氮 BUN (mg/dl)				
	酸鹼值				肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT(U/L)				
血色素 HB(g/dl)				麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT(U/L)						
血液常規檢查	白血球 WBC (10 ³ /μL)				血清免疫學	B 型肝炎表面抗原(HbsAg)				
	紅血球 RBC (10 ⁶ /μL)					B 型肝炎表面抗體(HbsAb)				
	血小板 PLT (10 ³ /μL)				血脂肪	總膽固醇 Cholesterol (mg/dl)				
	平均血球容積 MCV(f)									
	血球容積比 Hct (%)					其他				
胸部 X 光檢查	X 光號碼：	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"/> 其他_____					複查矯治、日期及備註：			
臨時性檢查	檢查名稱	檢查日期	檢查單位	檢查結果	轉介複查追蹤及備註					
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									