

# 國立臺北教育大學 在職專班新生 健康檢查須知

一、依學校衛生法第八條第二項規定，凡本校新生入學者(含大學部及研究所)，均須完成健康檢查。

二、因檢查項目須『抽血』，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。

三、**兵役體檢、一般醫院體檢、勞工體檢均與本項目不同，無法取代本項健檢。**

四、請下載**本校健康檢查卡**，攜帶健康資料卡，填妥正面資料且貼上照片，自費前往區域級以上醫院檢查(費用依各醫院規定)。

(一) 可親赴本校合約健檢單位-啟新診所進行檢查：

1. 到院前須事先預約，網址如附：

[https://service.ch.com.tw/group\\_check/Online\\_Reg.aspx?tp=sh](https://service.ch.com.tw/group_check/Online_Reg.aspx?tp=sh)

2. 地址：10491 台北市中山區建國北路三段 42 號 5 樓

3. 體檢時間：周一至周五，下午 1:00~6:30。週六，下午 1:00~4:00

4. 須攜帶『本校健檢卡』及身分證正本前往。

5. 查完後，先繳交『體檢證明單』即可。

(二) 自行前往公私立區域級以上醫院檢查：

1. 請持『國立臺北教育大學健康檢查資料卡』至醫院完成體檢，須蓋上檢查醫院官印才有效，於學校報到當日一併繳交。

2. 若該資料卡遺失，請於本校網頁學生事務處-衛生保健組-右側：本處室業務-健康檢查下載，並進行雙面列印。將正面基本資料填寫完整後，持「學生健康檢查資料卡」(貼妥 1 吋照片)前往各醫院依指定檢查項目確實檢查。

(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，最晚請於六月底完成並繳交。

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歲須將體檢報告通知家長或監護人，請提供其手機_____，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(近三年內發作)		<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症		<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____			
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(包括傳統紙菸、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330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml。						
	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"/> 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"/> 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					
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 異常註記 追蹤	實驗室檢查項目			
尿液檢查	尿蛋白 (+)(-)			腎功能檢查	肌酐 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 <sup>3</sup> /μL)			血清免疫學	B 型肝炎表面抗原(HbsAg)		
	紅血球 RBC (10 <sup>6</sup> /μL)				B 型肝炎表面抗體(HbsAb)		
	血小板 PLT (10 <sup>3</sup> /μL)			血脂肪	總膽固醇 Cholesterol (mg/dl)		
	平均血球容積 MCV(fl)						
	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						