臺北市(高中職)學校學生健康檢查通知暨家長同意書

親愛的家長：

1. 為增進家長及學校更加瞭解 貴子弟的健康情形，本校依據92年06月25日公告，102年03月29日修訂臺教綜(五)字第1020007918C號;署授國字第1020000900號 令修正發布之『學生健康檢查實施辦法』辦理健康檢查。健康檢查是一種積極的保健方法，透過檢查能檢測貴子女的健康狀況及生長發育情形，如有異常，可儘早矯正與治療，並培養個人重視身心健康的觀念、態度和行為，敎育局委請市立聯合醫院（中興）院區健檢工作團隊到學校，為貴子女實施健康檢查(檢查項目如表)，煩請家長詳閱本通知說明後於回條簽章。
2. 檢查費用：免費，臺北市政府教育局專案補助。
3. 檢查日期：109年09月27-28日(星期一、二)。

| 項目 | 內 容 | 高中職一年級 |
| --- | --- | --- |
| 血液檢驗、胸部X光檢驗：檢查項目內容說明如後 | | ○ |
| 尿液 | 尿蛋白、尿糖、潛血、酸鹼度 | ○ |
| 一般檢查 | 血壓 | ○ |
| 眼睛 | 辨色力、斜視、其他異常 | ○ |
| 頭頸 | 斜頸、異常腫塊及其他 | ○ |
| 口腔 | 齲齒、缺牙、咬合不正、口腔衛生、恆牙大臼齒之**窩溝**封填**、牙結石、牙齦炎**及其他異常 | ○ |
| 耳鼻喉 | 聽力 | ○ |
| 胸部 | 心肺疾病、胸廓異常及其他異常 |  |
| 腹部 | 異常腫大及其他異常 |  |
| 脊柱  四肢 | 脊柱側彎、肢體畸形、蹲距困難及其他異常 | ○ |
| 皮膚 | 癬、疥瘡、疣、異位性皮膚炎、溼疹及其他異常  (衣服外露部分) | ○ |
| 泌尿生殖 ＊1（註） | 包皮異常、精索靜脈曲張、陰囊腫大及其他異常 |  |

＊1（註）泌尿生殖器官檢查項目，僅適用男生，精索靜脈曲張與男性不孕症有關連性。

**說明：**

**○** 指應檢查項目 指須家長及學生同意在校檢查之項目，如家長不同意學生在校內進行檢查，請家長於回條簽名確認，請家長自行帶至醫療院所**自費受檢，並將檢查報告繳交學校**。

1. 健康檢查說明事項：

煩請家長詳閱本通知之學生健康檢查說明事項，並協助向貴子女說明，若有任何疑慮歡迎請以回條或電話與學校健康中心聯絡。

1. 檢查當天請勿點眼藥膏、餐後請刷淨牙齒，穿著體育服裝（二截式）。
2. 檢查時學生持自己的健康檢查卡及檢查結果通知單，依序接受各科醫師檢查。

|  |
| --- |
| 1. 胸、腹部檢查時上衣需上拉至胸部上緣，原則上需露出整個胸部（女生不須脫去內衣），以利醫師視診胸廓及腹腔外觀及聽診心肺聲音，男生泌尿生殖器檢查時褲子需褪至大腿一半處，並接受醫師觸診。上述檢查因涉及隱私，會有簾幕、屏風遮蔽，醫院工作人員或愛心義工會在檢查空間內給予協助。 2. ※承辦醫院因人力調度，不一定有與受檢學生同性別醫師，檢查當天對於胸、腹部檢查，醫院會尊重學生意願，請家長及學生於同意書回條簽名確認。 |

1. 尿液檢查：為確保檢查結果之正確性，請依說明收集。
2. 檢查前一天晚上請勿服(食)用含維他命C之藥品、含高糖分之飲料(可樂、果汁)，晚上就寢前，請先將尿液排放乾淨。
3. 當天早上起床後，請將第一次尿液先排掉前面一部份，留取中段尿，裝入尿液試管收集約8分滿，將尿液試管蓋子壓緊蓋好，建議放入塑膠夾鏈袋直立放置。標籤資料填寫完整且貼緊尿液試管。
4. 到校後交給輔導幹部統一收齊後，以班為單位送至體檢現場尿液檢查區。
5. 尿液檢查結果無異狀者不另行通知，結果有異狀者由學校另通知複檢。

※女生檢查當日若適逢生理期則延後一星期尿液檢查，請繳回尿瓶，補撿時發回(補檢時間另行通知)

1. 胸部X光檢查：
2. 檢查當天胸前請勿配帶金屬物品及項鍊或其他金屬、塑膠飾品。執行此項檢查時，請依放射師口令配合吸氣動作；並注意上下階梯與環境之安全。
3. 胸部X光檢查結果無異狀者不另行通知，有異狀者另發通知。
4. 血液檢查：
5. 血液檢查項目包括血液常規檢查、肝功能、腎功能、血糖、三酸甘油酯、膽固醇（含高密度膽固醇）等項目。受檢學生需空腹6-8 小時，**請於前日午夜12點以後停止進食，請勿劇烈運動，如身體有特殊狀況，請告知健康中心，並於抽血前告知工作人員。**

如果口渴只能喝白開水，不能喝其他飲料，以免影響檢驗結果，**請自備早餐，健檢完成後即可進食**

1. **檢查判讀結果待與其他檢查報告完成彙整後，經醫師總評之綜合檢查報告，分送各受檢學校**
2. **臺北市立聯合醫院以學生身分證字號建置健康檢驗資料，僅供核對及資料保存用。**
3. **學生健康檢查資料去除個人資料後上傳至教育部，由教育部及教育局辦理統計分析。**
4. ※在校健康檢查為基本篩檢，不代表正式醫療診斷，僅提供您作貴子弟健康管理參考，通知「無異狀」仍請關心健康情形；通知「有異狀」者，須追蹤檢查並諮詢專業人員，請依建議科別至醫療院所複診或矯治，並註記於健康檢查結果矯治回條，交回學校健康中心以維護學生健康權益。

臺北市大直高中健康中心 聯絡電話：25334017\*138

----------------------------------------------------------------------------------

**臺北市大直高中學生健康檢查家長同意書回條**

回條請於110年09月03日前

繳回健康中心彙整

　　　年 　　　　班 座號 　　　　　　 姓名：

**同意接受檢查者，請家長在1勾選同意，並簽名確認，請用原子筆勿用鉛筆；  
同意部分檢查者，請在2選項勾選您不願意檢查之項目，並在該選項簽名確認，請用原子筆勿用鉛筆**

|  |  |
| --- | --- |
| □ 1已詳閱本通知各項說明，同意接受健康檢查(包含：血液、尿液、胸部X光，胸、腹部檢查，男生增加泌尿生殖器檢查)。 | □ 2. 已詳閱本通知各項說明，同意接受部分健康檢查，但對於私密部位或血液檢查(勾選於下)，不同意接受檢查。家長自行陪同子女至醫療院所檢查，**以上費用自理，並將檢查報告繳交學校**，**費用自理，並於 110年10月29日前將檢查報告繳交到健康中心彙整**。  ※**不願意在校內檢查下列私密部位**：  □胸、腹部檢查  □泌尿生殖器檢查**(男生)**  □因 (請註明)，不願意在校接受抽血檢查。 |
| **家長簽名（請簽全名）**：  **學生簽名(請簽全名)**： | |

□因 (請註明)，無法在當天接受健康檢查，願意配合學校安排至他校補檢事宜。

**因檢查當日需志工協助，若家長您有時間及意願，歡迎選取您方便的時間，將再與您連繫後續事宜，竭誠邀請您共同參與：(國中家長可選高中時段，反之亦然)**

**□不方便 ( 以下資料免填 )**

**□方便 \_\_\_09/27(一) 09:00-12:00(國701-708) 、\_\_\_09/28 (二)07:50-10:00 (高一抽血)**

**\_\_\_09/27(一) 13:10-16:00 (國709、高101-105) 、\_\_\_09/28 (二) 13:10-16:00 (高106-110)**

**家長姓名: 連絡電話:**

**健康中心敬啟**