

黎明技術學院新生健康檢查相關事宜

- 一、 依據：教育部頒訂「學校衛生法」「學生健康檢查實施辦法」等相關法令辦理。
- 二、 主辦單位：學生事務處衛生保健組
- 三、 實施對象：本校全體新生、復學生、轉學生。（新生確定休學者今年可免體檢，待申請復學時再做入學健康檢查）
- 四、 請於 112 年 9 月 21 至 10 月 10 日掃描佑方 QR Code
或登入網址 <https://check.ch.com.tw/LITCHECK/index.aspx>
，填妥新生健康檢查資料(無須印出)。



五、 在校檢查：

1. 健檢日期:112 年 10 月 11 日(為使流程順暢，請務必按各科系時段進行檢查)
2. 健檢地點：體育館
3. 費用：現場繳費每人新台幣 600 元(由代檢單位派員現場收費)。
4. 健檢須知：
 - a. 健檢當日無須空腹。
 - b. 檢查前請確認上網填寫完成基本健康資料，填妥新生健康檢查資料(無須印出)。
 - c. 當日請著易穿脫的鞋子；上衣請著「無拉鍊、亮片、珠子、金屬物件」，
女性：請盡量著運動型或「無鋼圈、塑膠環、背釦」之內衣，並請勿配戴項鍊、
磁力圈以利 X 光檢查。
 - d. 孕婦或疑似懷孕者請勿進行胸部 X 光檢查，務必主動告知醫護人員。

六、 校外檢查

(一) 至啟新診所檢查：

(二) 自行至合格公私立醫院檢查：

請自行列印本校健康資料卡(下方體檢表)，自行赴合格公私立醫療院所完成健檢，並於 10 月 30 日前繳交體檢報告至健康中心。

112黎明技術學院學生健康資料卡

健康基本資料	學號	身分證字號								
	姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期	年	月	日	血型	
	系別系所	<input type="checkbox"/> 日五專 <input type="checkbox"/> 日四技 <input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> 國際生專修部 <input type="checkbox"/> 日四技僑生專班 <input type="checkbox"/> 日四技(秋)專班 <input type="checkbox"/> 進二技 <input type="checkbox"/> 進四技 系別/所 _____ 系(所) _____ 年 _____ 班								
	戶籍地址								學生本人行動電話	
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：								
	緊急聯絡人 監護人或 附近親友	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	學生本人 E-mail			
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"/> 6.腎臟病		<input type="checkbox"/> 11.關節炎		<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____			
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核		<input type="checkbox"/> 7.癩癩		<input type="checkbox"/> 12.糖尿病		<input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____			
	<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"/> 18.其他：_____			
	<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		<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										
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，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 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									
14. 是否曾接種新型冠狀病毒疫苗？ <input type="checkbox"/> ①是，已完成接種_____劑 <input type="checkbox"/> ②否										
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										

姓名	學號	系別系所	系(所)	年	班					
全身檢查項目	檢查日期：_____年_____月_____日，檢查結果登錄				檢查醫事人員簽章					
身高：_____公分	體重：_____公斤	腰圍：_____公分※								
血壓：①_____ / _____ mmHg	脈搏：_____次/分※	②_____ / _____ mmHg	脈搏：_____次/分※							
視力檢查：裸視 視力：左眼_____ 右眼_____	矯正視力：左眼_____ 右眼_____									
辨色力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 辨色力弱_____	<input type="checkbox"/> 其他_____							
聽力	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 左耳聽力弱_____	<input type="checkbox"/> 右耳聽力弱_____							
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_____						
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_____								
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"/> 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"/> 蹲踞困難 <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"/> 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：_____				承辦檢查醫療院所簽章					
實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果		實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果		
			異常註記	追蹤				異常註記	追蹤	
尿液檢查	尿糖 (+)(-)				血脂	總膽固醇 (mg/dL)				
	尿蛋白 (+)(-)				腎功能檢查	肌酸酐 (mg/dL)				
	潛血 (+)(-)					血中尿素氮 (mg/dL)				
	酸鹼值					尿酸 (mg/dL) ※				
血液常規檢查	血色素 (g/dL)				肝功能檢查	SGOT(AST) (U/L)				
	白血球 (10 ³ /μL)					SGPT(ALT) (U/L)				
	紅血球 (10 ⁶ /μL)				血清免疫學	HBsAg				
	血小板 (10 ³ /μL)					Anti-HBs				
	平均血球容積 (fl)									
	血球容積比 HcT(%)									
	平均紅血球血紅素(MCH) Pg									
	平均血紅素容積(MCHC) g/dL									
胸部 X 光檢查	檢查日期	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_____						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									