

雲林科技大學 112 學年度新生健康檢查須知

一、健康檢查法源依據

依教育部及衛生福利部會銜發布之「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(含轉學生、復學生)。

三、健康檢查實施方式

(一) 參加校內辦理之團體健康檢查，或自行前往其他醫療機構體檢。

1. 參加校內團體健康檢查：無須事前預約，活動當天現場報名。
2. 各系所學生請依照衛教組公告之時段參加，若未依照該系所時段報到者，視現場狀況等候，公告網站連結  (預計公告日期 112 年 8 月 1 日)。
3. 自行前往醫療機構體檢：建議至健康檢查認可醫療機構受檢，查詢網址 

(二) 健康檢查項目詳見本校【學生健康資料卡】第 2 頁之內容。

(三) 【學生健康資料卡】列印連結 

四、校內團體健康檢查日期與費用

(一) 112 年 9 月 2 日~9 月 3 日 (週六、週日)上午 09:30~12:00；下午 13:00~17:00。

1. 團體特約價新台幣 900 元整【該場次之 X 光檢查為立即判讀】。
2. 外籍生如需增加麻疹及德國麻疹抗體檢驗：新台幣 1700 元整。
3. 適用對象：在校住宿新生、欲參與新生開展營者 (大學部四技、二技)。

(二) 112 年 9 月 11 日(週一) 08:00~11:30。

1. 團體特約價新台幣 800 元整。
2. 外籍生如需增加麻疹及德國麻疹抗體檢驗：新台幣 1600 元整。
3. 適用對象：非在校住宿新生。

五、低收入戶學生健康檢查費用減免(限參加校內團體健康檢查學生)

- (一) 具有 112 年鄉、鎮、市公所開立低收入戶證明之新生予以減免健康檢查費用 300 元。
- (二) 費用減免僅限參加校內團體健康檢查之新生。
- (三) 體檢當日繳交低收入戶證明影本給收費人員，即可現場減免健康檢查費用。
- (四) 僅限體檢當日提出證明才可享有減免健康檢查費用，不接受事後補繳證明。
- (五) 此減免優惠由臺安醫院雙十分院提供。

六、校內團體健康檢查承辦醫院

臺安醫院雙十分院。

七、校內團體健康檢查地點

本校產學研究大樓一樓。

八、健康檢查注意事項

- (一) 檢查前三天請維持正常作息、勿暴飲暴食、勿劇烈運動。
- (二) 【學生健康資料卡】請於檢查當天攜帶至健康檢查現場(自行雙面列印並填妥第 1 頁資料)
- (三) 檢查當日
 - 1. 參加校內團體檢查無須空腹；但如您為自行預約前往醫療院所健康檢查，是否須空腹則須依照該醫療機構之規定。
 - 2. 慢性病或正在服用藥物者，檢查當日可正常服藥；但如您為糖尿病患者，請提前諮詢您的醫生是否需要暫停用藥。
 - 3. 如遇身體不適、生理期，請告知工作人員。
 - 4. 避免穿著有金屬物件(如鈕扣、項鍊、亮片等)之上衣或佩戴金屬飾品。
 - 5. 懷孕或備孕者不能進行 X 光檢查，且應告知工作人員。

九、在校住宿新生相關規定

- (一) 參加校內體檢者:入住宿舍當日，應完成健康檢查。
- (二) 自行校外體檢者:繳交健康檢查報告書正本至衛教組後才可入住宿舍。

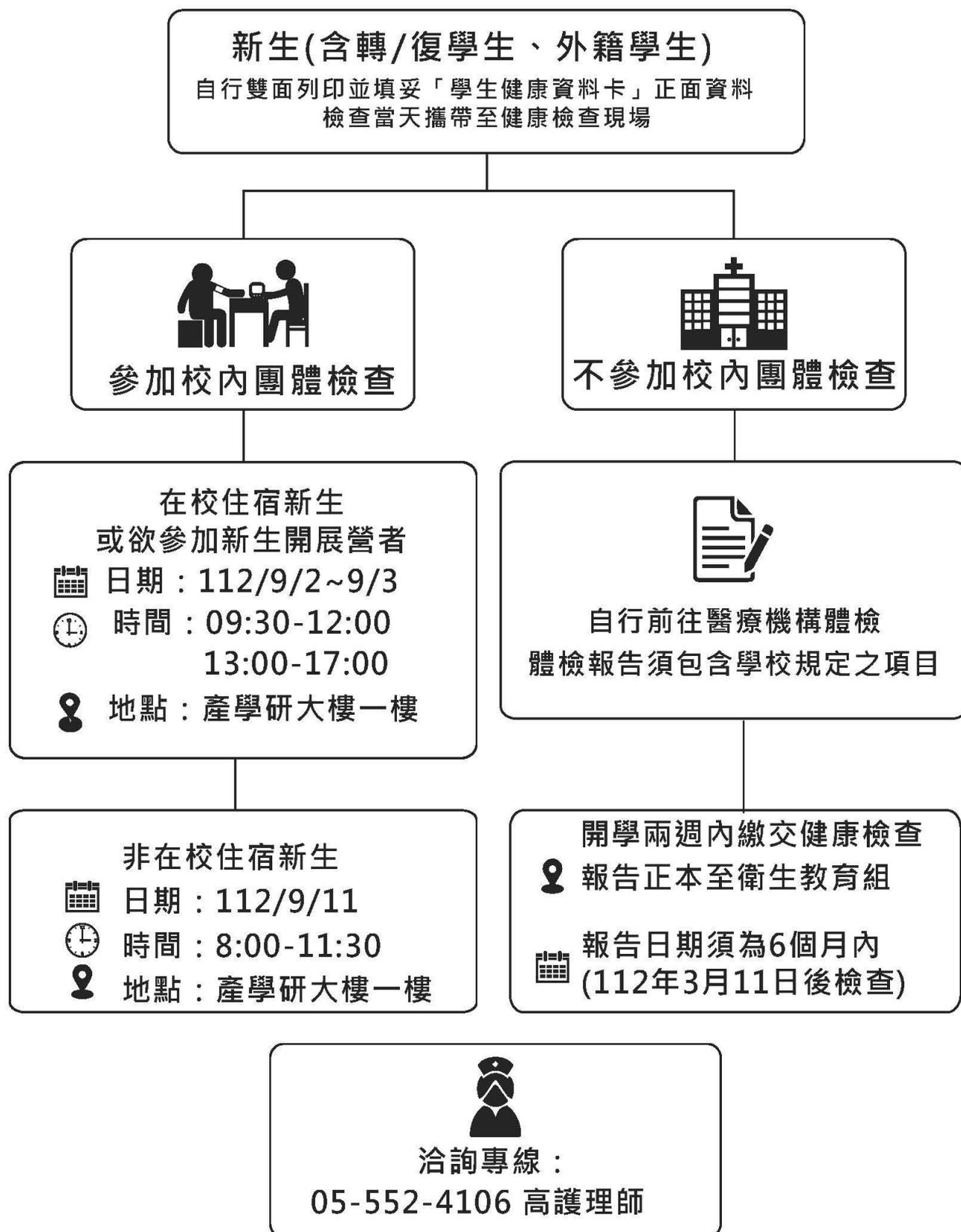
十、自行前往醫療機構體檢相關規定

- (一) 健康檢查報告內容須包含學校規定之項目(詳見學生健康資料卡第 2 頁)。
- (二) 健康檢查報告日期須為 6 個月內(即 112 年 3 月 11 日後)。
- (三) 應於開學兩週內(112 年 9 月 23 日前)，將健康檢查報告正本繳交至學生活動中心衛生教育組，逾期繳交者將依本校學生獎懲辦法處理。

十一、如有相關問題請洽詢

學務處衛生教育組高珊婷護理師，專線電話 05-552-4106。

新生健康檢查流程圖



國立雲林科技大學 學生健康資料卡

學生基本資料	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	
	學號		入學日期	年 月	系所	
	緊急聯絡人 監護人或附近親友		關係	姓名	行動電話	

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"/> 7.癲癇
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病	<input type="checkbox"/> 9.血友病
	<input type="checkbox"/> 4.肝炎	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症
<input type="checkbox"/> 5.氣喘	<input type="checkbox"/> 11.關節炎	
<input type="checkbox"/> 6.腎臟病	<input type="checkbox"/> 12.糖尿病	
	<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：	
	<input type="checkbox"/> 14.癌症：	
	<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：	
	<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：	
	<input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：	
	<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	
	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，___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	

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？ <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

全身檢查項目	檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選）		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 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		
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		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)				麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)		
	白血球 (10 ³ /μL)			血脂肪	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))			其他	三酸甘油脂 (mg/dl)		
血球容積比 Hct (%) ※				血糖			

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 _____ <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：
--------	------	---	-------------

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