

臺北市政府教育局114學年度

學生健康檢查作業手冊

臺北市政府教育局編製
114年7月

目 錄

壹、前言.....	1
貳、全身性身體診察.....	5
參、本市國小學生蟣蟲檢查及治療工作.....	11
肆、本市高中職、國中及國小學生尿液篩檢工作.....	13
伍、本市公私立高中職新生胸部X光篩檢工作.....	16
陸、本市公私立高中職新生血液檢驗工作.....	18
柒、本市各級學校辦理學生健康檢查行政作業注意事項.....	29
捌、本市各級學校辦理學生健康檢查場所應注意事項.....	32
玖、學校健康檢查知情同意及隱私權保護原則.....	53

圖表目錄

表1 檢查項目、內容、方法、檢查用具及人員	2
表2 健檢工作團隊人力編制表	5
表3 血液檢查項目	18
圖1 臺北市政府教育局各級學校學生健康檢查作業流程圖	22
圖2 臺北市政府教育局各級學校學生健康檢查工作小組分工參考圖	23
圖3 國中、小全身性身體診察檢查場地佈置參考圖	24
圖3-1 高中職學校身體診察及血液檢查不同日場地佈置圖	25
圖3-2 高中職學校身體診察與血液檢查同日檢查場地佈置圖	26
表4 高中職學校學生健康檢查分站流程及注意事項	27
表5 高中職學校學生健康檢查志工人力及分工協助事宜	28
附件1 臺北市政府教育局學生健康檢查委辦醫院評核表	33
附件2 臺北市政府教育局學生健康檢查委辦醫院(血液檢驗)評核表	34
附件3 臺北市政府教育局學生健康檢查委辦醫院(尿液檢驗)評核表	35
附件4 臺北市政府教育局114學年度學生健康檢查觀察員評值表	36
附件5 臺北市(國中小)學校學生健康檢查通知暨家長同意書	41
附件6 臺北市(高中職)學校學生健康檢查通知暨家長同意書	42
附件7 臺北市各級學校學生自行到醫院健康檢查結果通知暨回條	43
附件8 臺北市公私立各級學校114學年度學生健康檢查結果通知書	44
附件9 臺北市公私立各級學校114學年度學生健康檢查複檢回條聯	45
附件10 臺北市公私立各級學校學生健康檢查身體診察人數證明單	46
附件11 臺北市公私立各級學校學生健康檢查身體診察補檢人數證明單	47
附件12 臺北市公私立高中職學校新生血液檢查作業實際受(補)檢人數證明單	48
附件13 承辦醫院114年學生健康檢查蟣蟲、尿液檢體送檢紀錄單	49
附件14 臺北市國小學生蟣蟲檢查受檢人數證明單	50
附件15 臺北市學生尿液檢查人數證明單	51
附件16 臺北市公私立高中職學校新生胸部X光篩檢作業實際受檢人數證明單	52
附件17 學校健康檢查知情同意及隱私權保護原則	53
附件18 國小、國中、高中職健康卡	54
附件19 高中職學生血壓測量及判讀之方法	55
附件20 臺北市學生健康檢查實驗室品質管控稽核-匿名對照組作業說明	56
附件21 臺北市(國中小)學生健康檢查志願重複收取檢體家長同意書	60
附件22 臺北市(高中職)學生健康檢查志願重複收取檢體家長同意書	61
附件23 摘錄教育部健檢手冊(P.21~24)口腔檢查方法	62
附件24 辦理學生健康檢查作業注意事項	65

附件25	臺北市各級學校114學年度學生尿液檢查家長通知單	75
附件26	臺北市各級學校114學年度學生尿液複檢家長通知單	76
附件27	臺北市高中（職）114學年度學生檢驗檢查家長通知單	77
附件28	血液檢驗報告異常就醫建議單	80
附件29	尿液檢查就醫建議單	81
附件30	蟯蟲檢查通知單	82
附件31	蟯蟲檢查用藥醫囑	83
附件32	國小蟯蟲治療藥品說明書	84
附件33	蟯蟲檢查就醫建議單	85
附件34	胸部X光檢查就醫建議單	86
附件35	高中職學生健檢血液檢查請學校配合作業	87
附件36	臺北市學生健檢X光檢查巡迴車之安全評核表（到校車輛）	88
附件37	承辦醫院學生健康檢查評核表	90
附件38	承辦醫院學生健康檢查事故傷害處理標準作業流程	91
附件39	臺北市高中職學生健康檢查胸部X光緊急通報流程（聯醫）	92
附件40	臺北市學生健康檢查尿液收檢遇颱風假之標準作業流程	93
附件41	承辦醫院學生健康檢查各院區行政聯絡窗口	94
附件42	114年學生健康檢查-實驗室檢查品管收集資料窗口	95
	由114學年度各行政區學校護理師聯絡人擔任，相關配合辦理事項另函通知。	

壹、前言

一、依據

- (一)中華民國110年1月13日華總一義字第11000001491號總統令公布之「學校衛生法」第八條。
- (二)中華民國109年4月23日教育部臺教綜(五)字第1090034222BC號令、衛生福利部衛授國字第1090200461號令會銜修正發布之「學生健康檢查實施辦法」。
- (三)教育部國民及學前教育署109年4月27日臺教國署學字第1090044211號函發布「高級中等以下學校學生健康檢查工作手冊」。
- (四)教育部101年12月7日教育部臺體(二)字第1010229680B號令修正發布中央補助直轄市及縣(市)政府國民中小學學生健康檢查經費執行工作要點。
- (五)行政程序法第15條。

二、目的

- (一)實施學生健康檢查工作，早期發現學生健康狀況及生長發育異常，以達到早期矯正與治療，結合醫療與社會資源，落實學生健康管理制度。
- (二)依據健康檢查結果，辦理轉介複查及必要之矯治，實施學生健康輔導與個案照護，增進個人重視身心健康之認知和行為，養成健康習慣，維護學生健康權益。

三、辦理單位

- (一)指導單位：教育部國民及學前教育署
- (二)主辦單位：臺北市政府教育局
- (三)承辦單位：臺北市立聯合醫院
- (四)協辦單位：臺北市政府衛生局
- (五)檢查單位：各校健康中心、臺北市立聯合醫院

四、檢查單位

依據行政程序法第15條，考量臺北市立聯合醫院為本市所屬醫院，本市114學年度學生健康檢查實施計畫續委託臺北市立聯合醫院及各校健康中心辦理檢查。

五、辦理期程：

自114年8月1日起至114年12月31日完成檢查(含補檢)止。

六、檢查對象：

- (一)臺北市政府教育局轄屬公私立國民小學一年級、四年級學生(含國立教育大學附設實驗國民小學、國立政治大學附設實驗國民小學)。
- (二)臺北市政府教育局轄屬公私立國民中學七年級學生(含國立師範大學附屬高級中學附屬國中部、國立政治大學附屬高級中學附屬國中部)。
- (三)臺北市政府教育局轄屬公私立高級中學(含高職)十年級學生(含國立師範大學附屬高級中學、國立政治大學附屬高級中學)。

七、檢查項目及內容

依據「學生健康檢查實施辦法」第二條所訂「學生健康檢查基準表」及本局另增列項目辦理，檢查項目、內容、方法用具及檢查人員如下：

表1 檢查項目、內容、方法、檢查用具及人員

項目	內容	國小 一年級	國小 四年級	國中 七年級	高中職 十年級	方法	檢查 用具	檢查人員
身高體位	身高	●	●	●	●	身高測量	身高計	學校護理人員
	體重	●	●	●	●	體重測量	體重計	學校護理人員
血壓脈搏	血壓、脈搏	X	X	X	○	血壓、 脈搏測量	血壓計	健檢護理人員
眼睛	立體感	○	X	X	X	亂點立體圖 檢查	NTU 亂點立體圖	學校護理人員
	視力	●	●	●	●	Landolt's cChart Snellen's EChar	視力表 或視力機	學校護理人員
	辨色力	○	○	○	○	色覺檢查	石原氏綜合 色盲檢查本	健檢醫事人員
	斜視、弱視	○	○	X	X	角膜光照射 反射法、交替 遮眼法、視 診	小手電筒、 遮眼板	健檢醫師
	睫毛倒插、眼球震 顫、眼瞼下垂及其 他異常	○	○	○	○			健檢醫師
頭頸	斜頸、異常腫塊 (甲狀腺腫、淋巴 腺腫大)及其他異 常	○	○	○	○	視診、觸診		健檢醫師

項目	內容	國小 一年級	國小 四年級	國中 七年級	高中職 十年級	方法	檢查 用具	檢查人員	
口腔	齲齒、缺牙、咬合不正、口腔衛生、恒牙大白齒之窩溝封填、牙結石、齦炎及其他異常(國中及高中：黏膜狀況)	◎	◎	○	○	視診	頭鏡、探針、口鏡、立燈或手電筒、手套	健檢醫師	
耳 鼻 喉	聽力	○	○	○	○	音叉檢查法	512Hz 音叉	健檢醫事人員	
	構音	○	X	X	X	問診		健檢醫師	
	耳道畸形	○	X	X	X	視診、觸診	頭鏡、耳鏡、手電筒、壓舌板、燈光		
	耳膜破損、耳前瘻管、耳垢栓塞、扁桃腺腫大及其他異常	○	○	X	X				
胸腔及外觀	心雜音、心律不整、呼吸聲異常、胸廓異常及其他異常	★	★	★	★	視診、觸診、聽診	聽診器、屏風	健檢醫師	
腹部	異常腫大及其他異常	★	★	★	★	視診、觸診、扣診	屏風、檢查床(尤佳)	健檢醫師	
脊柱四肢	脊柱側彎、結構異常、多併(趾)、關節形、其他肢體畸形、蹲距困難及其他異常	○	○	○	○	視診、觸診、Adam前彎測驗、四肢及關節活動評估		健檢醫師	
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)	○	○	○	○	視診、觸診	手套	健檢醫師	
泌尿生殖	隱睾 (只限男學生受檢)	★	X	X	X	視診、觸診	手套、屏風	健檢醫師	
	包皮異常；精索靜脈曲張及其他異常 (只限男學生受檢)	★	★	★	★	視診、觸診	手套、屏風	健檢醫師	
尿液	尿蛋白、尿糖、潛血、酸鹼度	○	○	○	○	試紙儀器判讀法或顯微鏡法	試紙或顯微鏡法	健檢醫檢師	
寄生蟲	蟓蟲	○	○	X	X	肛門黏貼試紙法	顯微鏡、肛門黏貼試紙	健檢醫檢師	

項目	內容	國小 一年級	國小 四年級	國中 七年級	高中職 十年級	方法	檢查 用具	檢查人員
血液檢查	血液常規檢查、肝功能檢查、B 肝抗體、腎功能檢查、血脂肪檢查、血清免疫學及糖尿病檢查	X	X	X	○	抽血 (需空腹)	實驗室檢查 設備	採檢人員： 健檢醫檢師、 護理人員 檢查人員： 健檢醫檢師
X 光	胸部 X 光	X	X	X	○	X 光	X 光影像檢 查設備	健檢放射師

備註：

●表高級中等以下學校每學期應檢查之項目、

◎表國民小學每學年應檢查之項目、

○表須健檢、

X 表不須健檢

★表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，並自行帶至醫療院所自費受檢，並將檢查報告繳交學校。

貳、全身性身體診察

- 一、篩檢對象：國小一年級、四年級、國中七年級及高中(職)十年級。
- 二、檢查項目：依據教育部「學生健康檢查實施辦法」訂定之學生健康檢查基準表內容及本局增列項目(表1)。
- 三、身體診察人員：本項檢查由承辦醫院組成健康檢查工作團隊，其工作團隊成員最小編制人數如下：
耳鼻喉科(國小)1人；牙科1人；眼科(國小)、內(兒)科系及家庭醫學科專科醫師2至3人(高中2人、國中2人、國小含眼科得3人)；護理人員5人、行政幹事1人；醫檢師(高中)1人。

表2 健檢工作團隊人力編制表

學層	耳鼻喉科	牙科	眼、內 (兒)、家 醫科	護理人員	行政幹事	醫檢師
國小	1	1	2~3	5	1	-
國中	-	1	2	5	1	-
高中職	-	1	2	5	1	1

- 四、檢查日期安排：承辦醫院需事先與受檢學校確認健檢日期及人數，請學校事先規劃各班健檢當日檢查時間及合適場地，並於健檢前提供聯合醫院班級檢查時間預定表(含班級、人數、中場休息時間等)；承辦醫院依排定期程前往受檢學校進行檢查，檢查時段需配合學生上學、放學時間。

五、檢查時間與流量：

- (一) 身體診察時(胸腹部外觀及泌尿生殖)，受檢學生依性別分組並由同性別醫師協助檢查，原則每場至多4小時，每小時以40人為基準，若增加受檢人數，以各類醫師檢查人數計算原則增加醫師人數及協助其之工作人員，惟每場檢查人數為 180 ± 20 人，且每日檢查時間不得超過7小時。
- (二) 承辦醫院召集受檢學校，辦理學生健康檢查說明會。學校組成「學生健康檢查工作小組」並訂定分工職掌，學校應辦理學生健康檢查校內協調說明會。請參考圖1與圖2本局各級學校學生健康檢查作業流程圖與工作小組分工參考圖，學校應於健康檢查前佈置檢查場所，場地佈置圖請參考圖3、圖3-1與圖3-2，學生健康檢查分站流程、支援志工人力及分工

協助事宜如表1與表2。其他辦理學生健康檢查作業注意事項及各科檢查作業方法說明請參照附件24（摘錄教育部高級中等以下學校學生健康檢查工作手冊109年版）。

（三）身體診察作業請學校備齊所需醫材（含口鏡及探針）。

六、檢查方法

（一）體格生長檢查（含身高、體重、視力、NTU立體圖）：

1. 由學校護理人員測量、檢查。

（學校辦理學生健康檢查，量測身高、體重時，請依據「高級中等以下學校學生健康檢查工作手冊」規定注意學生隱私權。）

2. 視力檢查：

先檢查裸視，再檢查戴鏡視力。以E字表進行檢查，距離受檢學生6公尺。視力值1.0標高應與受檢學生平視高度齊平，角度呈水平（國小學生統一使用立式或掛壁式E字表）。

3. NTU立體圖檢查（僅適用國小一年級）：

每次作答時都應先重新洗牌，連續答對五次視為通過。答錯時，應詳加指導後重做，連續錯誤兩次以上視為不通過。

（二）血壓測量（僅適用高中職十年級）：

1. 檢查用具：電子血壓計。

2. 檢查方法：

（1）測量上臂肱動脈血壓，並登載脈搏數；應選擇適合學生上臂臂圍大小的小兒壓脈帶。

（2）若測得血壓值偏高（收縮壓 $\geq 130\text{mmHg}$ 或舒張壓 $\geq 85\text{mmHg}$ ），先請受檢者換手測量或用血壓計測量，若仍偏高應請受檢者休息10-15分鐘後再測量1次。

（三）眼睛檢查：

1. 檢查內容：辨色力、斜視、弱視、眼球震顫、睫毛倒插及其他眼睛異常現象。

2. 檢查工具：小手電筒和遮眼板及石原氏綜合色盲檢查本。

3. 檢查方法：

（1）辨色力檢查：以石原氏綜合色盲檢查本施測。

（2）斜視檢查：利用角膜光照反射法（HirschbergTest）以及交替遮眼法（CoverTest）判定眼位是否正常。

(3) 其他眼部異常：在充足照明輔助下，以視診方式檢查有無眼部其他異常，如眼瞼下垂、睫毛倒插、眼球震顫或其他異常現象（包括眼瞼、淚器、結膜、鞏膜等），如結膜蒼白、鞏膜黃膽。

4. 高中職生、國中生、國小生眼科檢查項目，由參與內、兒、家醫科或眼科健檢醫師負責執行。

(四) 頭頸部檢查：以視診、觸診檢查學生是否有斜頸、異常腫塊(甲狀腺腫、淋巴結腫大)及其他異常。

(五) 口腔檢查：

1. 檢查用具：口罩、手套、拋棄式口鏡、探針、檢查照明用燈(小型手電筒或頭燈)。

2. 戴手套或備乾洗手清潔；齲齒檢查（含齲齒未治療、缺牙、待拔牙及已矯治之牙齒狀況）、窩溝封填、口腔衛生不良、牙結石、牙周病、齒列不整、牙齦炎、其他（含唇裂、腫塊、腫瘤、舌唇繫帶過長），若為齒列矯正中之學生須註明「矯治中」。

3. 國中需加做口腔黏膜外觀檢查。

(六) 耳鼻喉科檢查：

1. 檢查工具：512音叉、耳鏡、頭鏡或手電筒(或立燈)及壓舌板等。

2. 檢查內容：構音檢查、聽力障礙、耳道畸形、唇顎裂、耳前瘻管、慢性鼻炎及其他（盯聰栓塞、淋巴腫大、扁桃腺腫大）。

3. 音叉聽力檢查：

採林內試驗 Rinne test 法評估，輕震512Hz 音叉後，放置於受檢者的左耳或右耳的耳後，請學生依照聽到聲音的來源以舉手的方式表示(右耳聽見舉右手，左耳聽見舉左手)。

4. 構音檢查(僅適用國小一年級)：請學生由1數到10，分辨其發音是否清晰。

(七) 胸腔及外觀(胸部)檢查【須取得家長同意書】：

1. 檢查工具：聽診器及屏風。

2. 檢查內容：以視診、聽診、觸診檢查(非乳房觸診)，包含脈搏、心音、呼吸聲檢查、胸廓異常及其他疾病。

3. 視診檢查胸部(胸腔及外觀)是否左右對稱，有無異常突出或凹陷並觀察胸廓活動是否正常，並詢問是否有心肺功能異常之不適病史；以聽診器檢查是否有不正常的呼吸聲、哮喘等。

4. 脈搏檢查：注意是否有脈搏不規則情況出現。

5. 心音檢查：

(1) 以聽診器診查心尖、左胸骨沿、主動脈及肺動脈之心音，注意第一心音及第二心音之變化及是否有心雜音，並描述心雜音之特徵及位置。

(2) 為維護學生健康及隱私權，承辦醫院辦理胸腹部檢查應確實，除配置同性別檢查醫師，亦應有護理人員1名陪同檢查。檢查設備應有遮屏簾，並應要求受檢學生一出一進原則。

(八) 腹部檢查【須取得家長同意書】：

1. 檢查工具：聽診器、屏風。

2. 檢查內容：進行腹部視診、問診、觸診(必要時聽診及扣診)，檢查肝脾腫大及異常隆起或腫塊情形。

3. 為維護學生健康及隱私權，承辦醫院辦理胸腹部檢查應確實，除配置同性別檢查醫師，亦應有護理人員1名陪同檢查。檢查設備應有遮屏簾，並應要求受檢學生一出一進原則。

(九) 脊柱四肢檢查：

1. 檢查內容：以視診、觸診檢查，包含脊柱側彎、多併指、蹲踞困難、關節變形、水腫及其他疾病。

2. 脊柱側彎：

(1) 學生脫去厚重外衣，穿著單件運動服並脫去鞋襪，採 Adam 前彎測驗，請學生向前彎腰至90度，兩臂下垂合掌，檢查者站立於學生後方目測脊柱是否側彎。

(2) 請學生背向檢查者，雙腳併攏直立，檢查者觀察學生兩肩是否等高，兩側肩胛骨是否對稱，兩側骼脊是否位於同一水平，左右兩側背部之皮膚折皺是否對稱，左右上肢與身體間距離是否相同。

3. 四肢檢查：請學生脫掉鞋襪，穿著寬鬆衣物，觀察學生四肢是否相稱，有無結構異常、長短腿、多併指(趾)或關節變形。請學生兩手水平前伸，做蹲下起立、兩腿輪流單腳站立、以腳尖站立及以腳跟站立等動作，觀察下肢肌力及平衡。

4. 蹲踞困難檢查：請受檢學生雙膝併攏蹲下，若站立不穩應分辨是否太胖或為蹲踞困難，請醫師確診。

(十) 皮膚檢查：

1. 檢查工具：視診或觸診檢查，須戴手套，觸診後須更換手套，可佐以放大鏡、手電筒。
2. 檢查內容：癬、痣、紫斑、疥瘡、異位性皮膚炎、濕疹、血管瘤及其他（如頭蟲）。

(十一) 泌尿、生殖器官檢查【僅適用男學生並須取得家長同意書】：

1. 檢查工具：手套、手電筒及隱密空間(屏風)。
2. 檢查內容：精索靜脈曲張、包皮異常(有無包莖)、其他疾病。
3. 檢查方法：檢查場所要隱密，需準備屏風或遮簾、手套、手電筒；學生面向檢查者站著，以視診或觸診檢查。檢查者於每位受檢者觸診後，須更換手套，以防交互感染。
4. 精索靜脈曲張：請學生採站立姿勢，以手觸診，檢查睪丸上方是否有腫脹的血管。輕微的精索靜脈曲張，只有在受檢者用力時才能摸到腫脹的血管，病情稍重者可直接在陰囊內摸到腫脹的血管，嚴重者則以肉眼即可看出。
5. 包皮異常：請學生採站立姿勢，檢查者以視診檢查包皮是否完全覆蓋龜頭。包皮過長，指龜頭部份完全被包皮所覆蓋；若過長的包皮將龜頭完全包住，檢查者戴手套撥動，仍無法露出龜頭，有包莖現象，皆須提醒其注意清潔，必要時轉介泌尿科進一步處理。
6. 為維護學生健康及隱私權，承辦醫院辦理泌尿生殖器官檢查應確實，除配置同性別檢查醫師，亦應有護理人員1名陪同檢查。檢查設備應有遮屏簾，並應要求受檢學生一出一進原則。

七、身體診察期程：

- (一) 國小、國中：9月1日至12月15日止(含補檢)。
- (二) 高中職：9月至11月30日止(含補檢)。

八、補檢作業：

- (一) 身體診察與血液檢查：學生因故無法於檢查日接受檢查者，請學校護理人員安排於鄰近學校進行補檢作業。
- (二) 身體診察與血液檢查補檢作業，請學校備齊所需醫材(含口鏡及探針)，並告知學生備齊下列資料：
 1. 由學校護理人員或校方人員帶學生至他校補檢：請繳交「補檢學生名冊」、「學生健康檢查家長同意書」及「補檢人數證明單」。

2. 學生自行前往他校補檢：請繳交「補檢學生名冊」、「學生健康檢查家長同意書」、「學生健康檢查紀錄卡」及「補檢人數證明單」外，尚需提供有照片之相關證件(如學生證、健保卡等)，以利個人身份之核對。
3. 倘鄰近校均已完成健檢作業，學生須至院區補檢者，應經院區學健幹事(或院區行政聯絡窗口)同意後再行協調安排至院區補檢時間，並由學校備齊補檢學生所需資料。
4. 若家長自行帶學生至院區檢查掛號，需自行負擔各科費用，並不算入學健受檢人數。

九、檢查結果處理：

- (一) 檢查結果登錄：承辦醫院巡迴檢查時，各項檢查結果由檢查醫師現場登錄於學生健康檢查紀錄卡及檢查結果通知書，有異常者建議至各醫療院所之科別複檢，如發現受檢者有嚴重異常情形，應立即通知學校。
- (二) 檢查人數證明單：檢查人數證明單需由受檢學校校長及承辦人核章確認，正本交給承辦醫院，受檢學校自行影印備查。

十、品管機制

- (一) 各校健檢觀察員培訓：依據教育部國民及學前教育署訂定「各地方政府114學年度國民中小學學生健康檢查實施計畫」審查注意事項，將「每校皆派遣觀察員至少1人監督健檢流程，以進行品管稽核。觀察員須受過培訓至少4小時」列入考核項目，本局委請教師研習中心辦理「健康檢查觀察員研習」4小時，各校應薦派教師、職員或志工參加，並依本局修訂之「學生健康檢查觀察員評值表」評鑑所任職學校之學生健康檢查作業流程，作成建議事項。
- (二) 成立外部稽查員小組：委請本市專業校護組成外部觀察員小組，依本局修訂之「學生健康檢查觀察員評值表」，抽查訪視學校，並作成建議事項。
- (三) 組成外部稽核小組：本市必要時由本局業務科行政主管、學校校長代表及市府衛生局主管人員及學校資深護理人員等組成，依年度抽訪學校數進行稽核，並作成建議事項。

參、本市國小學生蟓蟲檢查及治療工作

一、檢查對象：國小一年級、四年級。

二、篩檢項目：蟓蟲初檢、陽性學生與家屬投藥及投藥後複檢。

三、檢查方法：蟓蟲膠紙肛圍擦拭法（一日擦拭法），檢體以顯微鏡檢查。

四、檢查材料發送及收集：

（一）初檢作業之檢查用材料（檢測試紙）由教育局委託學校採購，並由各校至承辦學校自行領取。

（二）檢體收集工作：受檢學校收集檢體，隨檢體附上送檢紀錄單，以掛號郵寄方式寄至醫院指定地點。

五、醫院檢查作業：

（一）檢查人員：檢體收集工作人員至少1人，各項檢查之合格檢驗師至少2人負責實驗室檢查工作。

（二）請醫院排定收集各校檢體期程，提供本局轉知各受檢學校配合辦理。

（三）醫院應將檢查結果送回至各受檢學校，於每月1、15日將陽性學生之治療用藥、服藥說明及醫囑或處方箋一併掛號郵寄至各受檢學校健康中心護理師簽收；初檢結果異常者，檢查後2週內應辦理投藥工作（費用由承辦醫院負擔）。

（四）投藥後之複檢：投藥1週後安排學生接受複檢（由學校將檢體以掛號郵寄方式寄至指定檢驗室地點），並將複檢結果通知家長及學校，以評估投藥成效；如仍為陽性則由承辦醫院發就醫建議單，由家長陪同學生前往看診。

六、學校作業：

（一）指導學生正確使用蟓蟲貼片，避免採檢失敗。

（二）配合收集檢體，隨檢體附上送檢紀錄單，以掛號郵寄方式寄至醫院指定地點。

七、蟓蟲檢查期程：9月至12月15日止（含補檢）。

八、補檢作業：

（一）初檢日因故無法送檢體者，請學校護理人員併與複檢檢體寄回醫院辦理。

（二）辦理補檢須檢附「補檢學生名冊」及「蟓蟲檢查送檢紀錄單」。

九、檢查結果處理：

（一）針對複檢後異常之學生發放就醫建議單，請家長攜帶此單就醫進一步檢查，並將就醫回覆單繳回學校。

- (二) 學生完成各項實驗室檢查結果的報告資料，由醫院提供轉檔網址供學校轉檔後匯入教育部健康資訊系統及備查用。
- (三) 醫院於完成檢查工作後，於核銷時檢附成果報告書(電子檔)並燒錄光碟提供本局留存。
- (四) 前項成果報告應含受檢學生總人數、各校受檢學生人數及初檢陽性學生人數、複檢結果陽性學生人數及異常率。

肆、本市高中職、國中及國小學生尿液篩檢工作

一、篩檢對象：國小一年級、四年級、國中七年級、高中(職)十年級學生。

二、篩檢項目：

尿蛋白(Protein)、尿糖(Glucose)、潛血檢查(OccultBlood)、酸鹼值(PH)。

三、醫院檢查作業：

(一) 檢查人員：檢體收集工作人員至少1人，各項檢查由合格檢驗師負責實驗室檢查工作。

(二) 事前準備：

1. 檢查日前2週應事先備妥尿液採檢用具、運送檢體之冷藏設備至各校。
2. 與學校聯繫確認收集尿液之日期、方法和用具品項，以便由學校協助指導學生採集尿液檢體後，集中交由承辦醫院之檢體收集人員，以冷藏方式收齊、運送回檢驗單位檢驗。

(三) 檢查方式：

1. 初檢：篩檢項目含尿糖、尿蛋白、尿潛血及尿液酸鹼值，以尿液分析儀上機檢測。受檢學生以20cc 以上之容器收集尿液，放入尿液試管中，學校負責將當天之尿液檢體收集後，由承辦醫院於中午12時前至校收取檢體後以冷藏設備運送回檢驗中心檢測，冷藏設備(運輸車)應放置溫度計，溫度保持2-8°C，避免變質。冷藏保存時也要在8小時內完成檢驗，故應按實驗室檢驗進度，控管每日檢查人數及其檢體收集數量，避免超收之檢體數量，因等待檢驗而變質；若初檢時學生請假或女學生逢生理期間，應另擇期採檢送驗。

2. 複檢：由醫院作成初檢結果異常學生名單，通知學校轉知其進行複檢。

(註：尿液異常定義為尿蛋白、尿糖、尿潛血其一為Trace 或酸鹼值5.0-8.0範圍外。)

3. 精密檢查：由醫院作成複檢結果異常學生名單，建議複檢陽性學生至醫院進行精密檢查。

(四) 檢測時核對名冊、數量及檢體資料執行檢驗初驗。

(五) 檢驗發現尿液檢查項目之任一項呈陽性反應，轉知學校護理師通知學生進行複檢；若仍為異常者，請承辦醫院印製就醫建議單，由家長帶學生至醫院進行精密檢查(需自費)。

四、學校配合作業：

- (一) 請依承辦醫院指定格式，於八月底前繳交(最遲應於排定檢查日期前2週)受檢學生造冊(含學校名稱、學生姓名、身分證字號、班級、座號、性別、生日、學號(高中職)，以利辦理前置作業。
- (二) 尿液收檢當日請學校協助確認將學生尿液試管依學生座號置入尿液試管架，如有空號或未受檢學生者請於尿液試管架預留空格，並將未受檢名單記載於受檢學生名冊備註中詳明原因，且檢體以班級為排列單位一併交給醫院。
- (三) 當日尿液檢體在收檢人員未到前請放置冰箱或陰涼處。
- (四) 請學校配合於收檢(初複補檢)日交付送檢紀錄單給收檢人員。
- (五) 檢查前應對受檢者充分說明檢查目的、採檢方法、步驟及配合注意事項：
1. 女生受檢當日若適逢生理期，應待生理期結束後採集尿液檢體，以免造成檢查結果誤判。
 2. 為避免影響結果，檢查的前一天晚上，禁止服用含有維他命 C 的藥品、果汁及可樂等飲料。
 3. 就寢前請先將尿液排放乾淨。早上起床後以紙尿杯收集尿液，應先將前段尿液排掉，收集中段尿在尿杯中，再倒入瓶(或試管)中，檢體容量須到達指定之刻度。

五、尿液檢查期程：

- (一) 國中、小學：9月至12月15日止(含補檢及複檢)。
- (二) 高中職：9月至12月15日止(含補檢)

六、補檢作業：

- (一) 初檢日因故無法送檢體者，請學校由承辦醫院公佈網頁查詢各校補檢時程，並於該時程將檢體送至鄰近學校或於複檢日期交尿液檢體，每位學生尿液檢查可於初檢、複檢、補檢送出檢體。
- (二) 辦理補檢，需檢附「補檢學生名冊」及「尿液檢查送檢紀錄單」。

七、檢查結果處理：

- (一) 國中及國小生針對複檢後異常之學生發放就醫建議單，請家長攜帶此單就醫進一步檢查，並將就醫回覆單繳回學校；高中職學生待身體診察、血液檢查、胸部 X 光及尿液檢查，以最後一項檢查完成30天內提供給受檢學生個人檢驗報告單(每人一張，請學校另行影印一張貼於學生健康卡)，依其檢查方法所定之標準值填寫檢查結果外，亦應提供各檢查項目之正常範圍參考值及其檢查意義，並於健康檢查通知單提供衛教宣導

QR code 供家長參閱；檢查結果發現有緊急異常者，承辦醫院以 e-mail 及電話通知學校護理人員，由學校護理人員通知學生就醫，以爭取就醫時效。

- (二) 學生完成各項實驗室檢查結果的報告資料，由醫院提供轉檔網址供學校轉檔後匯入教育部健康資訊系統及備查用。
- (三) 彙整各校受檢人數證明單：醫院於各校檢查完畢後，彙整各校之實際受檢人數證明單，證明單需經各受檢學校校長及承辦人簽章確認並填具簽發日期，正本交給承辦醫院，受檢學校自行影印備查。
- (四) 醫院於完成檢查工作後，於核銷時檢附成果報告書(電子檔)並燒錄光碟提供本局留存。
- (五) 前項成果報告應含受檢學生總人數、各校受檢學生人數及初檢陽性學生人數、複檢結果的陽性學生人數及異常率。

十一、品管機制：各學校應配合提供承辦醫院抽驗1%檢體以匿名方式編號，作為抽樣檢查用，其檢驗費用得併計於受檢人數，抽樣檢體與原始檢體檢驗結果不一致率應小於5%，品質管控作業說明，請參閱附件20。

伍、本市公私立高中職新生胸部 X 光篩檢工作

- 一、篩檢對象：高中(職)十年級學生(含國立師大附中及政大附中)。
- 二、檢查項目：由承辦醫院之胸腔科醫師或放射科專科醫師判讀胸部 X 光片，以肺結核疾病及心、肺、脊柱異常為主。
- 三、檢查用具：巡迴 X 光檢查車(X 光巡迴車之游離輻射設備或物質之設置與管理，應符合原子能委員會游離輻射法規相關規定)。
- 四、醫院檢查作業：
 - (一) 承辦醫院需配合高中職受檢學校全身健檢期程內實施，視受檢人數應加派車輛。
 - (二) 承辦醫院製作胸部 X 光檢查卡，於檢查日1週前發送至受檢學校並主動與受檢學校聯繫相關配合事宜。
 - (三) 為利學校準備前置行政作業，承辦醫院於巡迴篩檢前，需提供相關作業流程及學校配合事項說明書，俾利機關轉知學校。
 - (四) 指派放射線師及 X 光車於排定之檢查日，分赴本市各受檢學校，針對篩檢對象進行篩檢作業。
 - (五) 檢查判讀結果待與其他檢查報告完成後，彙整成1份綜合檢查報告，分送各受檢學校；檢查判讀結果，發現需緊急通報(如：發現疑似傳染病或氣胸等)，先行電話通知就讀學校，並發放就醫建議單先行就醫，依衛生主管機關相關法令辦理通報。
 - (六) 胸部異常學生如至承辦醫院或承辦醫院指定之醫療院所複檢或治療，醫院應提供電子影像俾利診療。
- 五、學校配合作業：
 - (一) 依承辦醫院指定格式，於八月底前繳交(最遲應於排定檢查日期前2週)受檢學生造冊(含學校名稱、學生姓名、身分證字號、班級、座號、性別、生日、學號(高中職)，以利辦理前置作業。
 - (二) 受檢學校派1人複核承辦醫院放射師之 X 光車安全評核表(如附件36)。
 - (三) 檢查前請受檢學生填妥胸部 X 光檢查卡或標籤紙，並請受檢學生持胸部 X 光檢查卡或標籤紙依序受檢。
 - (四) 為避免影響判讀報告，檢查當日請受檢學生穿著運動服並不可戴項鍊或其他金屬、塑膠飾品。
 - (五) 教導受檢學生於攝影時，先吸氣後停止呼吸，時間約0.2秒。

(六) 針對需要就醫之學生，如需胸部 X 光影像檔，請由各校學校護理人員依據光碟燒錄手冊 copy 1份後，提供學生就醫使用。

(七) 請學校配合於檢查日交付受檢人數證明單給本院(委託廠商)檢查人員。

六、胸部 X 光檢查期程：每年9月至11月22日止（含補檢）。

七、補檢作業：由學校安排因故未受檢的學生辦理補檢事宜，相關補檢日期及配合事項，可由承辦醫院公布網頁查詢各校檢查期程表。

(一) 由學校護理人員或老師帶學生至他校補檢：請繳交「補檢學生名冊」及「受檢人數證明單」。

(二) 學生自行前往他校補檢：請繳交「補檢學生名冊」及「受檢人數證明單」外，尚需提供有照片之相關證件(如學生證、健保卡、入學資料卡等)，以利個人身份之核對。

八、檢查結果處理：

(一) 高中職學生待身體診察、血液檢查、胸部 X 光及尿液檢查，以最後一項檢查完成30天內提供給受檢學生個人檢驗報告單(每人一張，請學校另行影印一張貼於學生健康卡)，依其檢查方法所定之標準值填寫檢查結果外，應提供各檢查項目之正常範圍參考值及其檢查意義，並於健康檢查通知單提供衛教宣導 QR code 供家長參閱；檢查結果發現有緊急異常者，承辦醫院以 e-mail 及電話通知學校護理人員，由學校護理人員通知學生就醫，以爭取就醫時效。

(二) 高中職學生完成各項檢查後，待報告發放，一併將檢驗結果及轉檔資料以燒錄光碟或電子郵件方式提供學校，匯入教育部健康資訊系統及備查用。

(三) 彙整各校受檢人數證明單：醫院於各校檢查完畢後，彙整各校之實際受檢人數證明單，此項證明單需經各受檢學校校長及承辦人簽章確認並填具簽發日期，正本交給承辦醫院，受檢學校自行影印備查。

(四) 醫院於完成檢查工作後，於核銷時檢附成果報告書(電子檔)並燒錄光碟提供本局留存。

(五) 前項成果報告應含受檢學生總人數、各校受檢學生人數及初檢陽性學生人數、複檢結果的陽性學生人數及異常率。

陸、本市公私立高中職新生血液檢驗工作

一、篩檢對象：高中(職)十年級學生(含國立師大附中及政大附中)。

二、篩檢項目：如下表。

表3 血液檢查項目

項目	英文	中文	單位
血液常規檢查	Hb	血色素	g/dl
	WBC	白血球數	$10^3 / \mu\text{L}$
	RBC	紅血球數	$10^6 / \mu\text{L}$
	Platelet	血小板	$10^3 / \mu\text{L}$
	MCV	平均血球容積比	f1
肝功能檢查	SGOT(AST)	天門冬安酸轉氨酶	U/L
	SGPT(ALT)	丙氨酸轉氨酶	U/L
腎功能檢查	Creatinine	肌酸酐	mg/dl
	Uric acid	尿酸	mg/dl
空腹血糖	Ac sugar	空腹血糖	mg/dl
血脂肪檢查	Triglyceride	三酸甘油酯	mg/dl
	Total Cholesterol	總膽固醇	mg/dl
	HDL-C	高密度脂蛋白膽固醇	mg/dl
血清免疫學	HBsAg	B型肝炎表面抗原	有反應(Reactive) 或無反應(non-reactive)
	Anti-HBs	B型肝炎表面抗體	有反應(Reactive) 或無反應(non-reactive)

三、醫院檢查作業：

(一) 血液檢查與身體診察作業模式

1. 同日：身體診察、抽血、血壓等同一天檢測。
2. 不同日：血液檢查當天必須併血壓測量，身體診察則另外安排檢查日。

(二) 為利學校準備前置行政作業，承辦醫院於巡迴篩檢前，需提供相關作業流程及學校配合事項說明書，俾利機關轉知學校。

(三) 承辦醫院於檢查日2週前主動與受檢學校聯繫相關配合事宜，事前製妥檢驗標籤，考量血液檢驗標籤為上機條碼，為免遺失或損壞，於檢查當日帶至受檢學校，當場核對身分後進行採血。

(四) 採血步驟：

1. 抽血團隊8點開始進行抽血檢查作業，如單場受檢人數未達400人者應於10點前完成；如單場受檢人數達400人(含)者應於10點30分前完成。承辦醫院應視受檢學生人數安排足夠專業工作人員進行採檢，抽血人數每50人派1位醫檢師或護理人員，不足50人以1位計算，400人以上配置工作人員最多7人，或由學校與承辦醫院協調增加工作天數，以避免學生空腹時間過長。
2. 採檢時應以無菌技術抽血採樣避免感染；同時應注意學生反應及安全，避免發生意外。由合格檢驗師依檢查項目備妥採檢容器進行檢查。
3. 查核同意書及核對姓名後，觀察、詢問受檢學生是否身體有特殊狀況，且已空腹至少8小時，如未空腹者應註記於名冊上，仍執行抽血。
4. 請受檢學生在舒適的情形之下抽血，抽血後請受檢者自行壓緊10分鐘，並再次核對標籤之學生姓名、編號及檢體種類等資料相符。
5. 受檢學生如有不適應即時尋求支援及處理，請依醫院意外事件標準流程且配合學校緊急應變處理。

(五) 承辦醫院於抽血檢查場地應備有急救藥品。

四、學校配合作業：

- (一) 請依承辦醫院指定格式，於八月底前繳交(最遲應於排定檢查日期前2週)受檢學生造冊(含學校名稱、學生姓名、班級、座號、性別、身分證字號、生日及學號(高中職)，以利辦理前置作業。
- (二) 於抽血檢查場地備置足夠之座椅，以利學生等候抽血、另備觀察床(椅)、茶水站(備糖水)，以供頭暈不適學生短期休息觀察用；現場備急救器材，例如：急救甦醒球、氧氣筒。

(三) 抽血場所建議設在鄰近高一教室或與身體診察同一空間內，應有充足之光線，準備寬度適當抽血桌、椅7張。

(四) 其他事項請參考附件35「高中職學生健檢血液檢查請學校配合作業」。

(五) 請學校配合於抽血當日交付受檢人數證明單給承辦醫院(委託廠商)檢查人員。

五、血液檢查期程：每年9月至11月22日止（含補檢）。

六、補檢作業：由學校安排因故未受檢的學生辦理補檢事宜，相關補檢日期及配合事項，可查詢承辦醫院公布網頁各校檢查期程表。檢附資料如下：

(一) 由學校護理人員或老師帶學生至他校補檢：請繳交「補檢學生名冊」、「學生健康檢查家長同意書」及「受檢人數證明單」。

(二) 學生自行前往他校補檢：請繳交「補檢學生名冊」、「學生健康檢查家長同意書」及「受檢人數證明單」外，尚需提供有照片之相關證件(如學生證、健保卡及入學資料卡等)，以利個人身份之核對。

七、檢查結果處理：

(一) 高中職學生待身體診察、血液檢查、胸部X光及尿液檢查，以最後一項檢查完成30天內提供給受檢學生個人檢驗報告單(每人一張，請學校另行影印一張貼於學生健康卡)，依其檢查方法所定之標準值填寫檢查結果外，應提供各檢查項目之正常範圍參考值及其檢查意義，並於健康檢查通知單提供衛教宣導QR code供家長參閱；檢查結果發現有緊急異常者，承辦醫院以e-mail及電話通知學校護理人員，由學校護理人員通知學生就醫，以爭取就醫時效。

(二) 高中職學生完成各項檢查後待報告發放，一併將檢驗結果及轉檔資料以燒錄光碟或電子郵件方式提供學校，匯入教育部健康資訊系統及備查用。

(三) 彙整各校受檢人數證明單：醫院於各校檢查完畢後，彙整各校之實際受檢人數證明單，此項證明單需經受檢學校校長及承辦人簽章確認並填具簽發日期，正本交給承辦醫院，受檢學校自行影印備查。

(四) 醫院於完成檢查工作後，於核銷時檢附成果報告書(電子檔)並燒錄光碟提供本局留存。

(五) 前項成果報告應含受檢學生總人數、各校受檢學生人數及初檢陽性學生人數、複檢結果的陽性學生人數及異常率。

八、品質管理：各學校配合提供承辦醫院抽驗1%檢體以匿名方式編號，作為抽樣檢查用，其檢驗費用得併計於受檢人數，抽樣檢體與原始檢體所有檢測項目總和檢驗結果不一致率應小於5%，品質管控作業說明請閱附件20，匿名抽樣學生另發家長同意書。

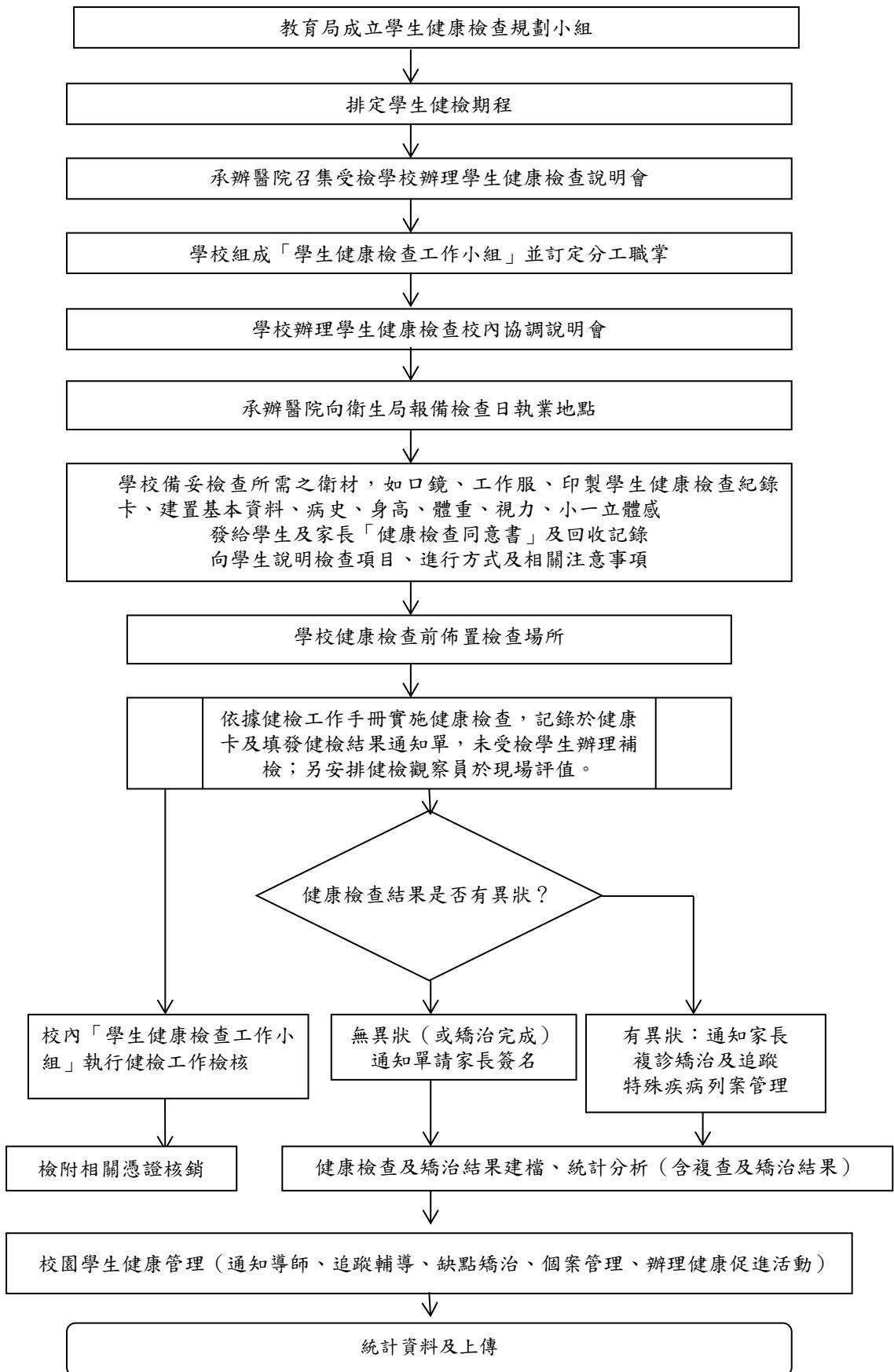


圖1 臺北市政府教育局各級學校學生健康檢查作業流程圖

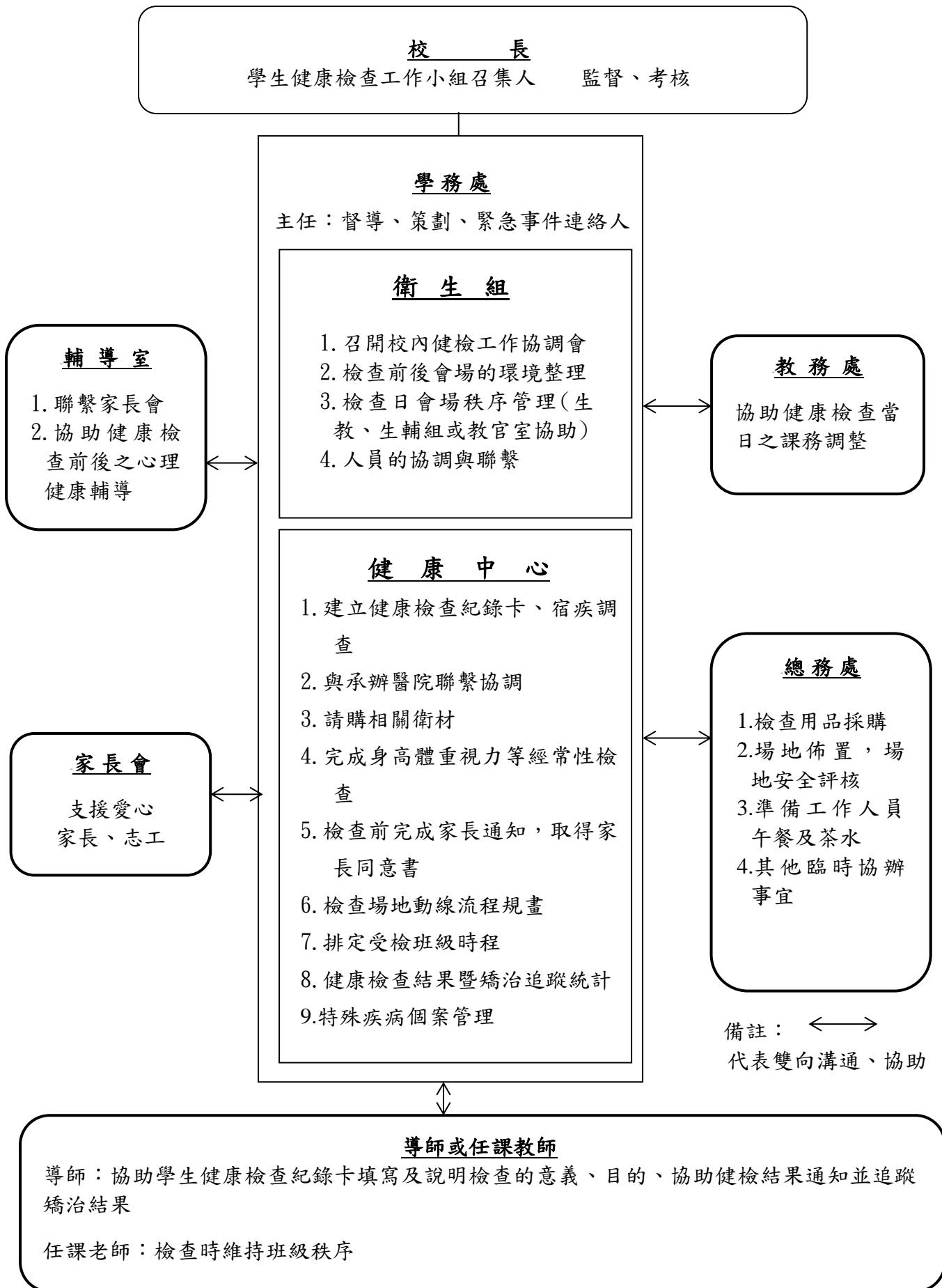


圖2 臺北市政府教育局各級學校學生健康檢查工作小組分工參考圖
(資料來源：教育部學生健康檢查工作手冊，2021)

脊柱及四肢 檢查區

指示牌
一、脊柱檢查
著運動服脫下外
套、脫鞋脫襪子
背向醫師雙手合
十向前彎腰至90
度。

二、四肢檢查
左腳站立右腳站
立腳尖站立、腳
跟站立腳跟著地
蹲下。

內兒科

指示牌

1. 心臟呼吸系統及腹部檢查上衣需上拉
2. 皮膚檢查(衣服捲起，露出四肢)

3. 男生生殖器檢查

4. 校方志工 1~2人

*器材備置

1. 電源延長線

2. 檯燈一座

3. 桌子1張

4. 椅子二把

5. 兒童座椅〈斟酌〉

6. 垃圾桶

眼科

指示牌

1. 斜視檢查注視燈光來源。
2. 眼部異常疾病檢查遵從醫師指示。
3. 辨色力檢查唸出檢查本各頁數字。

*器材備置

1. 電源延長線

2. 檯燈一座

3. 桌子一張

4. 椅子二把

5. 兒童座椅〈斟酌〉

6. 手電筒(醫院自備)

耳鼻喉科

指示牌

1. 聽力檢查舉手表達聲音來源女生頭髮請塞至耳後。
2. (國小)耳鼻喉異常檢查。

*器材備置

1. 電源延長線

2. 檯燈一座

3. 桌子一張

4. 椅子二把

5. 兒童座椅〈斟酌〉

6. 垃圾桶

7. 壓舌板

牙科

指示牌

1. 齒齒檢查。
2. 口腔內異常疾病檢查，請張大嘴巴

*器材備置

1. 電源延長線

2. 檯燈一座

3. 桌子一張

4. 椅子二把

5. 兒童座椅〈斟酌〉

6. 垃圾桶

7. 口鏡

8. 探針〈斟酌〉

總評

指示牌

1. 收回健康紀錄卡。
2. 檢查健康紀錄卡。
3. 受檢者是否有遺漏受檢項目需立即補檢。
4. 有異常者給予建議。

報

到

入口

出口

圖3國中、小全身性身體診察檢查場地佈置參考圖

(得視各校場地狀況調整)

結 束



抽血檢查

1. 備桌椅、床墊、糖水
2. 第1班繼續到最後一班

第 1 站

報 到

圖3-1高中職學校身體診察及血液檢查不同日場地佈置圖

(得視各校場地狀況調整)

內兒科暨眼科檢查

- 一、頭頸部、胸腹部、泌尿生殖器、皮膚(衣服捲起，露出四肢)
- 二、斜視檢查、眼部異常疾病

1. 分男、女屏風隔間
2. 學校支援2人協助

第 2 站

血壓測量(8台)

1. 學校支援2人協助
2. 醫院1~2人
3. 電源延長線2條(4孔)

第 3 站

聽力檢查(ENT)

第 5 站



牙科檢查

第 6 站



辨色力檢查

第 4 站



總 評

第 7 站



結 束

脊柱及四肢檢查

脫下外套脫鞋脫襪子受檢

第 1 站



報 到

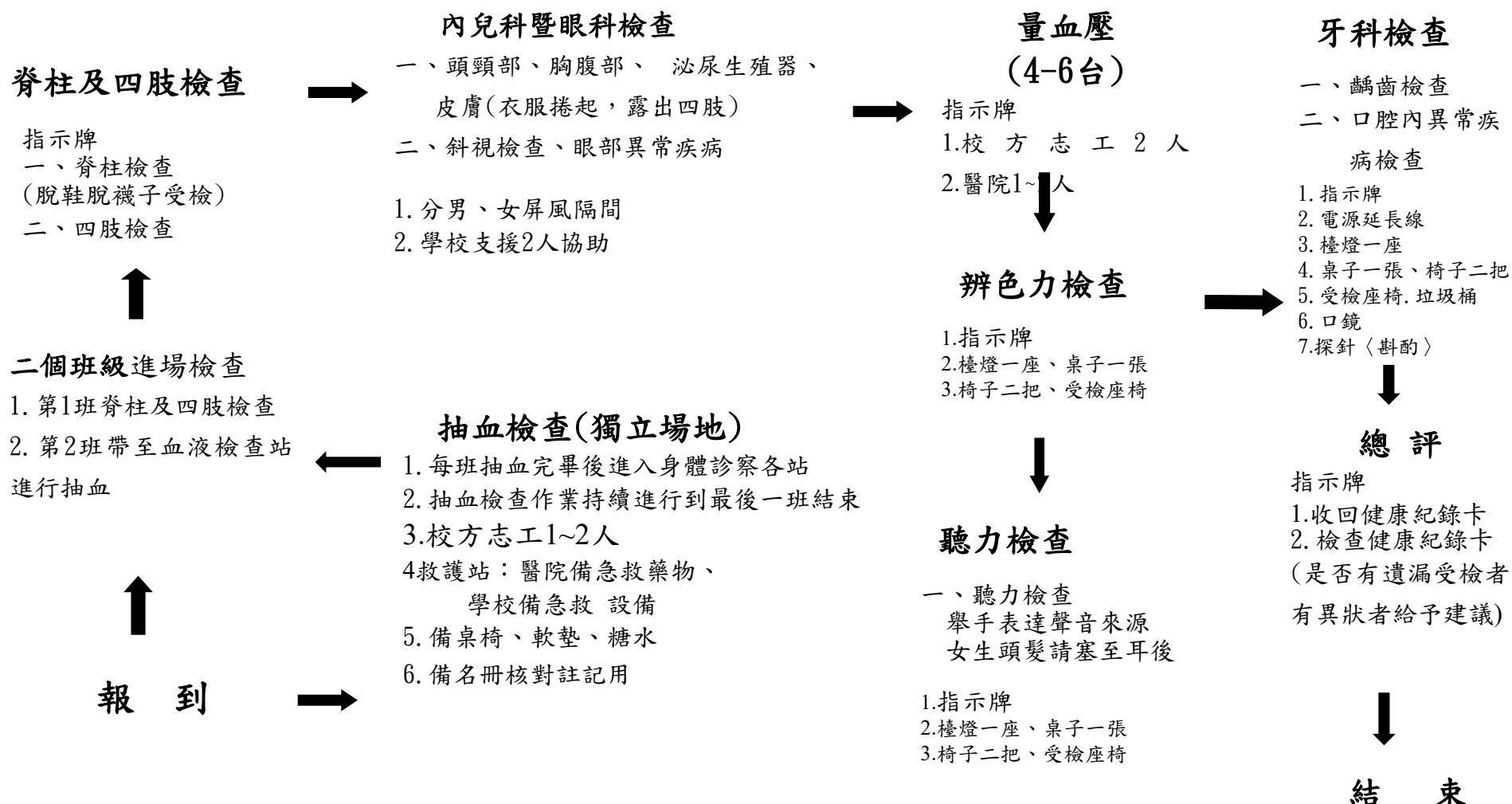


圖3-2 高中職學校身體診察與血液檢查同日檢查場地佈置圖

(得視各校場地狀況調整)

表4 高中職學校學生健康檢查分站流程及注意事項

檢查期間請任課老師暫停課程，任課班級受檢節次請任課老師全程陪伴學生

實驗室檢查分站	注意事項
尿液檢驗 上午9時前完成當日排定期程之檢體收集	<ol style="list-style-type: none"> 由本局調查本市學校班級預估數予聯合醫院承辦人，以利廠商備妥足夠的尿架數供校方收集使用。 健檢前1日發給尿液試管，依說明收集，早上到校後交給輔導幹部統一收齊，以班為單位送至尿液檢查區並核對名冊，為確保尿液檢體品質，放置冰箱內冷藏，或將結凍水放入收納箱中，置於陰涼處等待送驗。 原則以班級為單位收集，如有實施困難則檢查前1小時收集，視人力調度現場檢驗。 女生如為生理期，請告知報到處人員，並保留尿液試管，待生理期結束補繳。
抽血 上午約10時30分前完成當日排定期程之檢體收集	<ol style="list-style-type: none"> 有身體有特殊狀況及不適，請告知須至少空腹8小時，有進食應告知。 設救護站，備茶水(糖水)站、休息床及休息椅，醫院備急救藥物。 核對學生、名冊及標籤無誤後，請受檢學生在舒適的情形之下操作，抽血後至休息區休息，以免危險，針口自行壓緊10分鐘。如有不適應立即告知以尋求支援及處理。
身體診察分站	注意事項
報到	領取個人健康檢查卡、健康檢查結果通知。
脊柱及四肢	<ol style="list-style-type: none"> 請依醫護人員指示受檢：著運動服，脫下外套、捲起袖子、露出四肢、脫鞋襪受檢。 背向醫師，雙手合十向前彎腰至90度。 單腳站立、腳尖站立、腳跟站立、腳跟著地蹲下。 注意：務必脫鞋受檢，以確保受檢學生腳跟著地。
血壓	<ol style="list-style-type: none"> 請深呼吸放鬆心情、勿大聲喧嘩，如有高血壓病史請告知。 檢查前不宜劇烈運動，如有運動者應事先告知檢查人員。
辨色力檢查	請依醫護人員指示受檢：唸出檢查本各頁數字。
聽力檢查	請依醫護人員指示受檢，舉手表達聲音來源。
牙科	請先清潔口腔(刷牙)後，依醫護人員指示張口受檢。
內兒科暨眼科 泌尿生殖檢查	<ol style="list-style-type: none"> 校方與檢查醫院宜於受檢前，以宣導說明或張貼海報等方式，提前告知學生或家屬實際進行胸部(胸腔及外觀)、腹部、泌尿生殖器(僅適用男生)的檢查方式及內容。 戴眼鏡者建議配戴一般眼鏡，不宜配戴隱形眼鏡。 為顧及學生個人隱私，本站檢查場所設有屏風或隱密區隔，請受檢者安心。如無特殊情況，不宜有其他志工或校方人員進入屏風或隱密區隔內，但為降低學生焦慮，避免誤會，醫護人員於執行健康檢查前，應先確認家長同意書，徵求受檢者同意，才得允許其他志工或校方人員進入檢查空間內給予協助。 不願意在校內檢查者，依家長同意書確認，醫院尊重個人意願，但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。
總評	完成身體診察，交回檢查單、健康卡。
胸部X光檢查 健檢期程 前後3天實施	<ol style="list-style-type: none"> 請老師帶隊集合全班，領取胸部X光檢查卡，將上衣口袋淨空，拿掉項鍊，依序受檢後全班帶回教室。 攝影時，先吸氣後停止呼吸、時間約0.2秒。 X光檢查車台階較高，上下車時請注意安全。

表5 高中職學校學生健康檢查志工人力及分工協助事宜

檢查分站	注意事項
報到 尿液檢驗 (校方志工1~2人)	1. 依名冊發給該班班長全班之健康檢查卡、健康檢查結果通知 2. 尿液試管早上學生到校後交給輔導幹部，先在教室統一收齊，以班為單位送至尿液檢查區，志工核對名冊後，放置冰箱內冷藏等待送驗。 3. 缺席未檢者註記於名冊，女生如為生理期，註記於名冊，請學生保留尿液試管，待生理期結束後補繳。 4. 原則以班級為單位收集，未交者則檢查前1小時收集。 5. 校方志工指導學生循規定路線受檢，協助維持秩序，禁止非受檢學生進入。
量血壓 (4-8台) (校方志工1~2人) (醫院1~2人)	1. 共備有4-8台隧道式血壓計及1台手臂壓帶式血壓計，校方志工1人、醫院1人各負責2台。請受檢者坐好，深呼吸放鬆心情、勿大聲喧嘩，詢問是否有高血壓病史、檢查前是否有劇烈運動，如有運動者應再休息5分鐘後測量。 2. 請參考附件19「高中職學生血壓測量及判讀之方法」操作標準。 3. 手臂圍大於腕隧道管徑者，請使用壓脈帶型血壓計測量。 4. 測量後記錄於健康卡及檢查結果通知單。 5. 校方志工指導學生循規定路線受檢，候診學生維持一定距離，協助維持秩序，禁止非受檢學生進入。
抽血檢查 (醫院依受檢人數安排檢驗師) (校方志工1~2人) 上午約10:30分 前完成當日排定期程之檢體 收集	1. 由醫院檢驗師依檢查項目備妥採檢容器及姓名標籤進行檢查。 2. 醫院檢驗師查核同意書，核對姓名標籤。 3. 醫院檢驗師觀察、詢問受檢學生是否身體有特殊狀況，須至少空腹8小時，如未空腹者請校方志工註記於名冊上，仍執行抽血。 4. 醫院檢驗師請在受檢學生舒適的情形之下抽血，抽血後請受檢者自行壓緊10分鐘，檢驗師再次核對標籤之學生姓名、編號及檢體種類等資料相符。 5. 受檢學生如有不適，請檢驗師通知醫師及校方志工通報學校，即時尋求支援及處理，並依醫院意外事件標準流程及學校緊急應變流程處理。 6. 承辦醫院於抽血檢查場地應備有急救藥品。 7. 學校於抽血站應備茶水(糖水)站、休息床、休息椅及急救設備。 8. 校方志工指導學生循規定路線受檢，協助維持秩序，候診學生維持一定距離，安撫學生情緒及緊急事件通報。
內兒科 (校方志工1~2人)	進行腹部、胸部(胸腔及外觀)、泌尿生殖器檢查時，為顧及學生個人隱私，如無特殊情況，不宜有其他人員進入屏風或隱密區隔內，但為降低學生焦慮，避免誤會，應先確認家長同意書，徵求受檢者同意，才得允許其他志工或校方人員進入檢查空間內給予協助。校方志工指導學生循規定路線受檢，候診學生維持一定距離，協助維持秩序，安撫學生情緒及緊急事件通報。
胸部X光 檢查 (校方志工1人)	1. 請老師帶隊至指定場地。 2. 校方志工核對班級名冊，發給胸部X光檢查卡，缺席者收回胸部X光檢查卡，註記於名冊。 3. 指導學生將上衣口袋淨空，拿掉項鍊，攝影時，先吸氣後停止呼吸、時間約0.2秒。 4. 指導學生循規定路線依序受檢，檢查後請老師帶全班回教室。 5. X光檢查車台階較高，上下車時請指導學生注意安全。 6. 指導候診學生維持一定距離，協助維持秩序，安撫學生情緒及緊急事件通報。

柒、本市各級學校辦理學生健康檢查行政作業注意事項

- 一、成立健康檢查工作小組：由校長擔任召集人，成員應含各相關處室主管、承辦業務人員及家長會代表等並召開工作會議。
- 二、排定健康檢查期程，學校與各承辦醫院協商排定日期。
- 三、「學生健康檢查說明會」：說明事項應包括健康檢查進行方式、各級學校與承辦檢查醫院之間的相關配合措施及其注意事項。
- 四、前置作業：
 - (一)備妥健檢所需衛材及器材，如口鏡及探針…等。
 - (二)建置「學生健康檢查紀錄卡」，完成個人基本資料、個人及家庭疾病史、特殊疾病現況及其他相關資料調查，並將結果登錄。
 - (三)印製「學生健康檢查家長同意書」，轉知學生家長，確實收回回條（如附件5、6之國中小及高中職版）。
 - (四)與承辦醫院密切聯繫，確認學生健康檢查日期、受檢人數及配合事項。
 - (五)受檢學生名單(含學校代號、學生身分證字號、生日、姓名、班級、座號及性別)於檢查前2週造冊提供醫院，以製作高中職、國中小尿液檢查、高中職血液檢驗標籤及報告。
 - (六)向學生說明檢查項目、進行方式及相關衛教宣導等注意事項。
 - (七)於檢查前一天備妥健檢場所、所需衛材及相關器材。
- 五、執行學生全身健康檢查作業：
 - (一)測量身高、體重、視力並完成紀錄。(註：高中職血液檢查由醫院量測血壓，並填入健康檢查結果通知書及健康紀錄卡內。)
 - (二)輔導學生持個人之「學生健康檢查紀錄資料」及「學生健康檢查家長同意書」，高中職同意參加匿名抽樣學生另加持「學生健康檢查志願重複收取檢體家長同意書」以備核對並依序受檢。
 - (三)安排志工及學校人員維持現場秩序，並協助各科別之檢查活動進行。各站志工協助事項如表5高中職學校學生健康檢查志工人力及分工協助事宜。
 - (四)請醫師將檢查結果勾選於紀錄表中，做成矯治建議並登錄「學生健康檢查結果通知書」。

(五)檢查完畢後，以「班」為單位，現場清查「受檢人數」，將「學生健康檢查紀錄資料」及「學生健康檢查結果通知書」點交後給學校收回，學校如發現檢查結果紀錄有疑慮或錯誤需更正時，請校方聯繫聯合醫院各院區行政窗口協助處理。

(六)特教生及夜間部學生抽血安排，或各校有特殊需求時，請自行洽院區協商。

(七)彙整填報檢查人數證明單一式2份，一份學校自存，一份由承辦醫院帶回。

六、辦理補檢事宜：

(一)當日未受檢學生，由學校協助至鄰近學校實施補檢作業，儘可能一次完成。

(二)補檢需攜帶所需衛材、「學生健康檢查紀錄資料」、「學生健康檢查家長同意書」、「學生健康檢查結果通知書」及「補檢人數證明單」一式2份，高中職學生包含尿液、抽血、胸部X光檢驗及身體診察者，另依禁食等注意事項，備妥相關標籤、血液、胸部X光人數證明單及尿液送檢紀錄單。

七、追蹤部分項目未在校受檢學生，自行至醫療院所檢查結果之回條報告。

八、建置學生健康檢查結果資料：

(一)各校於健康檢查結束後，應將學生健康檢查結果輸入「學生健康資訊系統」，並於一個月內發送家長，做進一步矯治。

(二)學校回收「學生健康檢查結果通知書」之回條並將矯治結果輸入「學生健康資訊系統」。

九、學生健康檢查結果統計：各校將各項檢查（含診治結果）完成輸入及統計，供校內健康活動參考，並進行上傳程序。

十、實施學生健康管理作業：

(一)學生健康檢查結果異常者，學校應辦理追蹤輔導；協助其進行矯治。針對特殊疾病個案，應實施個案管理。

(二)學期中持續關懷健康檢查結果異常學生之就醫矯治狀況，提供必要之協助，處理結果應登錄並納入管理。

(三)如有重大異常發現，應告知任課相關教師，注意其活動安全，並與家長聯繫。

(四)學校將學生意生長發育及健康問題持續追蹤並做紀錄，作為學校衛生保健推展工作的指標，以維護並提昇學生之健康。

(五)辦理學生健康檢查期間，如發生任何危機事件，應即啟動校內危機處理小組，依相關危機處理程序及通報。

十一、檢查醫師原則上可於診察完後使用手機確認訊息，但不宜在看診時使用；另有關健檢醫療團隊肖像隱私權方面，宜先徵求健檢團隊醫護人員同意後執行拍照，若已表達明確拒絕之意，也請校方予以尊重。此外，學校評核健檢工作時，建議多加使用具體及事實描述，以利醫院瞭解實際狀況，並進行後續事宜。

捌、本市各級學校辦理學生健康檢查場所應注意事項

- 一、學生健康檢查場所應選擇校內空間寬敞，進出路線流暢及通風良好之處所。
- 二、自112學年度起高中職新生血液檢驗項目新增 B 肝抗原抗體(抽3管血)，包括全身性身體診察、血液、尿液檢驗及胸部 X 光檢驗，安排同日受檢，請參考圖3-2檢查場所佈置圖(第26頁)。
- 三、高中職生及國中生眼科檢查項目，由參與內、外、兒科或眼科系健檢醫師負責執行。
- 四、檢查場所內應優先選出容易設置為隱密場所的位子（至少2個屏風圍籬），做為胸部、腹部及泌尿生殖項目檢查之用，並安排家長或志工協助，其餘依序分為牙科、耳鼻喉科(國小)、內兒科暨眼科、總評等，共應設置四~五個檢查站；每站應設有桌子、座椅、檯燈及電源設備並酌設候診之座椅。
- 五、為顧及學生之隱私權，內兒科之檢查場所需設置簾幕（或單獨隔間），但為降低學生焦慮，避免誤會，醫護人員於執行健康檢查前，應先確認家長同意書，才可由其指定之校方人員進入協助。校方與檢查醫院宜以宣導說明或張貼海報等方式於受檢前提前告知學生或家屬實際檢查方式及內容。
- 六、前項各科如有二位檢查醫師，應分設二站，以利加快檢查速度。
- 七、醫院各科需準備之材料：酒精棉球二罐、電源延長線、垃圾桶、原子筆（紅、藍）、藍色印台；牙科需備有口鏡(學校協助採購)、探針、手電筒、電池，耳鼻喉科需備壓舌板、耳窺鏡，眼科須備手電筒或筆燈、遮眼器。
- 八、耳鼻喉科及心臟聽診附近應保持安靜，以免影響檢測。
- 九、設立標示牌，指導學生循規定路線受檢，避免吵雜混亂。
- 十、事先排定班級受檢順序，並依序受檢，受檢班級第一名學生於受檢結束後，通知下一班準備受檢，避免發生篩檢順序中斷情形。
- 十一、候診學生應與就診學生維持一定距離，以免干擾醫師診斷。
- 十二、學校應安排工作人員若干名於篩檢現場協助檢查作業，並嚴謹維持現場秩序。
- 十三、篩檢作業進行中，如遇下課時間，應維持檢查場所附近之秩序，禁止非受檢學生進入。

臺北市政府教育局學生健康檢查委辦醫院評核表

一、基本資料

學校代號： 學校名稱： 檢查醫院： _____

檢查日期： 年 月 日 上午 下午 實際受檢人數： _____

二、健檢工作評核意見

	執行程度			
	完全做到	部份做到	完全沒做到	備註說明
1. 依照已排定之健檢期程，未做非必要之更動。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
2. 檢查前一週委辦醫院與各校先行聯繫再次確認檢查日期、到校時間及檢查人數。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
3. 檢查當日醫院巡檢小組準時到校，沒有遲到早退，並遵守相關紀律規定。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
4. 巡檢醫療團隊成員人數及資格符合相關規定。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
5. 巡檢醫師穿著醫師服及戴口罩，恪守專業形象。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
6. 檢查時醫師態度親切和善，能維護學生隱私及尊嚴。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
7. 醫師依工作手冊-各科標準作業流程執行各項檢查。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
8. 醫師檢查前，能先參考學生健康紀錄卡所登載之過去病史資料。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
9. 醫師記錄檢查結果時，字體清晰工整。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
10. 醫師於檢查結果通知書欄，清楚註明建議診治科別或不需複檢核章。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
11. 檢查當日依學校已排定之檢查時程表，未要求臨時調動增減檢查班級。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
12. 其他意見(如有意見請具體載明該巡檢醫事人員姓名及具體事件說明以利後續溝通處理):				

註：上下午檢查醫師若有不同，可分開成兩張填寫，以便了解健檢品質

一、基本資料

學校代號： 學校名稱： 檢查醫院： _____

檢查日期： 年 月 日 上午 下午 實際受檢人數： _____

二、健檢工作評核意見

	執行程度			
	完全做到	部份做到	完全沒做到	備註說明
1. 依照已排定之抽血期程，未做非必要之更動。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
2. 檢查前2週委辦醫院與各校先行聯繫再次確認抽血日期、抽血人數及到校時間。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
3. 工作人員依受檢人數配置，至少3人(400人以上應配7人)，於8點準時到校進行抽血檢查作業，如單場受檢人數未達400人者應於10點前完成；如單場受檢人數達400人(含)者應於10點30分前完成。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
4. 檢驗師穿著制服及戴口罩，恪守專業形象	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
5. 醫院事前製妥檢驗標籤，於抽血日帶至受檢學校，採檢前當場核對身分。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
6. 醫院工作人員有查核抽血同意書及核對學生姓名。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
7. 抽血時檢驗師態度親切和善，能維護學生隱私及尊嚴。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
8. 抽血當日依學校已排定之檢查時程表，未要求臨時調整增減檢查班級。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
9. 能及時協助處理學生抽血後所引起的不適症狀。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
10. 醫院提供學校依學生健康資訊系統匯入格式之實驗室檢驗數據資料電子檔。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
11. 其他意見(如有意見請具體載明該巡檢醫事人員姓名及具體事件說明以利後續溝通處理)：				

註：不同日檢查醫檢師若有不同，可分開成兩張填寫，以便了解健檢品質

臺北市政府教育局學生健康檢查委辦醫院(尿液檢驗)評核表

一、基本資料

學校代號： 學校名稱： 檢查醫院： _____

檢查日期： 年 月 日 上午 下午 實際受檢人數： _____

二、健檢工作評核意見

	執行程度			備註說明
	完全做到	部份做到	完全沒做到	
1. 醫院提供受檢學校足夠的材料，包括：尿杯、採尿瓶（尿液試管）、標籤紙、試管架。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
2. 尿液篩檢衛材最晚於受檢前2週送達學校，並於尿液篩檢前一天 E-MAIL 提醒受檢學校務必配合收檢	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
3. 醫院確實依排定日期及時間，準時至受檢學校收集檢體及受檢學生名冊。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
4. 收集檢體時，以班級為單位放置同一個尿架，並以學校為單位裝箱、固定及妥適冷藏處理。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
5. 醫院收集檢體時，現場人員有點收。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	
6. 其他意見(如有意見請具體載明該醫事人員姓名及具體事件說明以利後續溝通處理)：				

註：不同日檢查醫檢師若有不同，可分開成兩張填寫，以便了解健檢品質

臺北市政府教育局114學年度學生健康檢查觀察員評值表

一、基本資料

學校名稱：	查核年級： <input type="checkbox"/> 一年級/四年級 <input type="checkbox"/> 七年級 <input type="checkbox"/> 十年級				
觀察日期：_____年_____月_____日					
應檢查人數：	一年級：_____人 四年級：_____人 七年級：_____人 十年級：_____人	檢查地點：	<input type="checkbox"/> 活動中心或禮堂 <input type="checkbox"/> 會議室 <input type="checkbox"/> 專科教室 <input type="checkbox"/> 健康中心 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
學生健康檢查工作時間：					
上午抽血開始時間(限高中職)：_____時_____分至_____時_____分結束，檢查人數_____人					
上午理學開始時間：_____時_____分至_____時_____分結束，檢查人數共_____人					
下午理學開始時間：_____時_____分至_____時_____分結束，檢查人數共_____人					

二、工作團隊資格審核

醫師科別及人數	※國小 耳鼻喉科 (各1名)	牙科醫生 (1名)	眼科、小 兒、家醫 或內科醫 師 (2-3名)	護理人員 (5名)	行政幹事 (1名)	稽核意見
1. 數量(人數)						
2. 資料證件相符						
3. 醫事人員配戴執業執照						
4. 穿著醫院工作服及配戴識別證						

三、行政執行情形

1. 檢查站標示(可複選)	<input type="checkbox"/> 檢查站有標示牌 <input type="checkbox"/> 標示牌上註明檢查項目 <input type="checkbox"/> 以上皆無
2. 檢查動線安排(可複選)	<input type="checkbox"/> 設置候診區，受檢者與候診者能保持60-90公分距離 <input type="checkbox"/> 檢查前能向學生說明現場動線及配合事項 <input type="checkbox"/> 標示檢查動線或安排專人導引學生出入 <input type="checkbox"/> 各醫檢查站安排專人掌控順序 <input type="checkbox"/> 以上皆無
3. 檢查現場環境	檢查現場秩序： <input type="checkbox"/> 非常良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 有點混亂 <input type="checkbox"/> 很混亂 <input type="checkbox"/> 非常混亂 檢查環境噪音： <input type="checkbox"/> 非常安靜 <input type="checkbox"/> 很安靜 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 有點吵雜 <input type="checkbox"/> 很吵雜 <input type="checkbox"/> 非常吵雜 檢查場所光線： <input type="checkbox"/> 非常充足 <input type="checkbox"/> 很充足 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 有點不足 <input type="checkbox"/> 很不足 <input type="checkbox"/> 非常不足

四、檢查人員配備

1. 有無配戴口罩
<input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> _____科醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 學健幹事 <input type="checkbox"/> 學校行政人員 <input type="checkbox"/> 志工)
<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> _____科醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 學健幹事 <input type="checkbox"/> 學校行政人員 <input type="checkbox"/> 志工)

2. 「檢查者」有無佩戴手套

- 有：牙科，手套是否有更換：每位學生均更換 偶有更換 完全未更換
眼科 耳鼻喉科 內兒科(頭頸部、胸腹部、泌尿科) 脊柱四肢 皮膚科，
手套是否有更換：每位學生均更換 偶有更換 完全未更換
無，手部清潔：乾洗手液搓洗 酒精棉擦拭 清水洗手 紙巾擦拭
以上皆無 經建議後改善

五、檢查項目執行情形

檢查項目(高中職)	抽血人員	使用器材/檢查方法(可複選)
血液檢查	血液常規檢查、肝功能、腎功能、血糖、三酸甘油酯、膽固醇(含高低密度膽固醇) <input type="checkbox"/> 護理人員_____人 <input type="checkbox"/> 檢驗人員_____人	<input type="checkbox"/> 受檢者確實空腹 <input type="checkbox"/> 上午10時前完成 <input type="checkbox"/> 備有2-8°C冷藏設備，冰寶數_____個 <input type="checkbox"/> 冷藏設備內置有溫度計：_____度 <input type="checkbox"/> 連續2次抽血失敗，人數_____人 <input type="checkbox"/> 血液檢體打入抗凝試劑試管需輕輕充分混合8-10次

檢查項目(高中職)	檢查人員	使用器材	檢查方法(可複選)
血壓脈搏	血壓、脈搏 <input type="checkbox"/> 護理人員_____人 <input type="checkbox"/> 醫院人員_____人	<input type="checkbox"/> 電子血壓計 <input type="checkbox"/> 水銀血壓計 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 立即檢查 <input type="checkbox"/> 休息5-12分鐘後測量 <input type="checkbox"/> 坐下，手臂與心臟及血壓計呈水平位置 <input type="checkbox"/> 選擇適合學生上臂圍大小之壓脈帶 <input type="checkbox"/> 壓脈帶之監測線對準肱動脈 <input type="checkbox"/> 壓脈帶纏繞於上臂距肘關節上1吋處，包覆緊度以能放入2根手指為主 <input type="checkbox"/> 血壓值偏高： <縮壓130mmHg 或舒張壓85mmHg> <input type="checkbox"/> 換手測量 <input type="checkbox"/> 用水銀血壓計再測量 <input type="checkbox"/> 仍偏高應請受檢者休息10-15分鐘再測量1次

檢查項目	檢查人員	檢查方法(可複選)
脊柱四肢	脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查	檢查方式： <input type="checkbox"/> 個別檢查 <input type="checkbox"/> 排列式檢查 內容： <input type="checkbox"/> 穿著較薄衣物(能脫去厚重外套) <input type="checkbox"/> 雙腳併攏直立，兩手自然下垂或合掌 <input type="checkbox"/> 請學生向前彎腰置90度 <input type="checkbox"/> 站立在學生後方檢查 <input type="checkbox"/> 觸診脊柱
	蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查	檢查方式： <input type="checkbox"/> 個別檢查 <input type="checkbox"/> 排列式檢查 內容： <input type="checkbox"/> 脫去鞋襪 <input type="checkbox"/> 雙膝併攏，足跟著地下蹲 <input type="checkbox"/> 重複測試
	多併指、關節變形、水腫 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查	<input type="checkbox"/> 脫去鞋襪 <input type="checkbox"/> 視診 <input type="checkbox"/> 觸診(按壓雙腳、足背、內踝、脛前)

檢查項目		檢查人員	檢查方法(可複選)
皮膚	癬、疣、紫斑、 疥瘡、溼疹、異 位性皮膚炎或其 他異常 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查	<input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 醫生	檢查方式： <input type="checkbox"/> 視診 <input type="checkbox"/> 觸診 使用器材： <input type="checkbox"/> 屏風 <input type="checkbox"/> 站燈 部位： <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 胸、腹、背部 <input type="checkbox"/> 上肢(手肘、手心、手指) <input type="checkbox"/> 下肢(足背、腳趾、足底) <input type="checkbox"/> 膝蓋內側 <input type="checkbox"/> 身體關節處

檢查項目		使用器材(可複選)	檢查方法(可複選)
口腔	齧齒 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查	<input type="checkbox"/> 頭鏡 <input type="checkbox"/> 探針 <input type="checkbox"/> 口鏡(拋棄式) <input type="checkbox"/> 燈關 <input type="checkbox"/> 手套 更換頻率： _____人/次	檢查姿勢： <input type="checkbox"/> 坐姿 <input type="checkbox"/> 站姿 檢查場所光線： <input type="checkbox"/> 光線充足 <input type="checkbox"/> 光線不足，有使用手電筒或站燈 <input type="checkbox"/> 光線不足，未使用輔助器材 <input type="checkbox"/> 依序檢查牙齒狀況
	口腔衛生不良、 牙結石、口腔黏 膜異常、牙周疾 病 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查		<input type="checkbox"/> 視診(目測牙齒表面及牙縫食物殘渣、牙垢 堆積) <input type="checkbox"/> 問診 <input type="checkbox"/> 使用探針檢查牙結石及牙齦溝狀況
	齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查		<input type="checkbox"/> 目測檢查牙齒排列 <input type="checkbox"/> 請學生做牙齒上下咬合的動作
	其他檢查 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查		檢查項目： _____

檢查項目		使用器材(可複選)	檢查方法(可複選)
眼科	斜視 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查	<input type="checkbox"/> 小手電筒	<input type="checkbox"/> 光照反射法(以燈光照射受檢者) <input type="checkbox"/> 交替遮眼法(以手或遮眼板遮住受檢者一眼) <input type="checkbox"/> 視診(僅以目測判斷眼位)
	睫毛倒插、眼球 震顫、眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查		檢查姿勢： <input type="checkbox"/> 坐姿 <input type="checkbox"/> 站姿 <input type="checkbox"/> 以手電筒照在下眼皮 <input type="checkbox"/> 視診(僅以目測) <input type="checkbox"/> 定點注視
頭頸	斜頸、異常腫 塊、甲狀腺腫 大、淋巴腺腫大 及其他 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查		檢查姿勢： <input type="checkbox"/> 坐姿 <input type="checkbox"/> 站姿 檢查方法： <input type="checkbox"/> 視診 <input type="checkbox"/> 觸診(僅以手觸摸檢查) <input type="checkbox"/> 請學生吞嚥口水 <input type="checkbox"/> 觸摸頸部及下頸兩側 <input type="checkbox"/> 請學生轉頭，下巴與肩線平行，以手觸摸是 否有硬塊

	檢查項目	檢查人員	使用器材 (可複選)	檢查方法(可複選)
耳鼻喉科	聽力檢查 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查	<input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 醫師	<input type="checkbox"/> 音叉檢查法 512音叉 <input type="checkbox"/> 其他	檢查環境： <input type="checkbox"/> 吵雜 <input type="checkbox"/> 安靜 檢查方式： <input type="checkbox"/> 個別檢查 <input type="checkbox"/> 排列式檢查 檢查流程： <input type="checkbox"/> 輕震512Hz 音叉後，放置於受檢者的左耳或右耳的耳後 <input type="checkbox"/> 請學生依照聽到聲音的來源以舉手的方式表示（右耳聽見舉右手，左耳聽見舉左手） <input type="checkbox"/> 有重複測試 _____ 次 <input type="checkbox"/> 無重複測試
	(限國小) 耳道畸形、唇顎裂、構音異常、耳前瘻管、中耳炎、扁桃腺腫大、耳垢栓塞、過敏性鼻炎、慢性鼻炎及其他 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查	<input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 醫師	<input type="checkbox"/> 頭鏡 <input type="checkbox"/> 耳鏡 <input type="checkbox"/> 手電筒 <input type="checkbox"/> 壓舌板 <input type="checkbox"/> 窺鼻器	<input type="checkbox"/> 視診 <input type="checkbox"/> 視診並以器材輔助檢查 <input type="checkbox"/> 以觸診檢查扁桃腺腫大情形 <input type="checkbox"/> 問診(詢問是否有過敏現象)

	檢查項目 (需家長同意)	使用器材(可複選)	檢查方法(可複選)
胸部	胸廓、呼吸聲 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查	<input type="checkbox"/> 屏風 <input type="checkbox"/> 聽診器 <input type="checkbox"/> 烤燈或暖氣 (天冷時)	<input type="checkbox"/> 視診 <input type="checkbox"/> 觸診 <input type="checkbox"/> 請學生深呼吸，觀察胸廓活動 <input type="checkbox"/> 聽診(聽診器檢查) <input type="checkbox"/> 前胸 <input type="checkbox"/> 後胸
腹部	異常腫大、其他異常 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查	<input type="checkbox"/> 聽診器 <input type="checkbox"/> 屏風/遮簾 <input type="checkbox"/> 檢查床	檢查姿勢： <input type="checkbox"/> 坐姿 <input type="checkbox"/> 站姿 <input type="checkbox"/> 仰臥 檢查方法： <input type="checkbox"/> 視診 <input type="checkbox"/> 聽診 <input type="checkbox"/> 觸診 <input type="checkbox"/> 叩診 檢查位置：(請打勾) <input type="checkbox"/> 左上腹部 <input type="checkbox"/> 右上腹部 <input type="checkbox"/> 左下腹部 <input type="checkbox"/> 右下腹部
泌尿生殖器檢查※限男生	腹股溝疝氣 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查 隱睾(僅國小一年級) <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查 陰囊腫大 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查 尿道出口異常 包皮異常 <input type="checkbox"/> 有檢查 <input type="checkbox"/> 無檢查	<input type="checkbox"/> 屏風/遮簾 <input type="checkbox"/> 手電筒	檢查姿勢： <input type="checkbox"/> 學生面對檢查者站立 檢查方法： <input type="checkbox"/> 僅以視診檢查 <input type="checkbox"/> 觸診 輔助檢查方法： <input type="checkbox"/> 檢查隱睾時，能再次確認，請學生跳躍動作 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大時用手電筒照射陰囊 <input type="checkbox"/> 檢查包皮及尿道出口異常，能以手輕撥龜頭

※ 備註：健檢觀察員以不進入屏風/遮簾為原則，以問診方式詢問學生受檢情形；倘認為有進入屏風/遮簾觀察之必要，應經受檢當事人同意並由校護陪同進入觀察。

六、學生健康檢查執行情形

場所及態度	<p>檢查場所佈置隱密度：<input type="checkbox"/>足夠 <input type="checkbox"/>尚可 <input type="checkbox"/>不足 檢查團隊是否準時抵達：<input type="checkbox"/>上午準時 <input type="checkbox"/>上午遲到 <input type="checkbox"/>下午準時 <input type="checkbox"/>下午遲到 檢查者態度：<input type="checkbox"/>溫和親切 <input type="checkbox"/>尚可 <input type="checkbox"/>態度冷漠 <input type="checkbox"/>檢查輕率 觸診後有更換手套：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>
學校執行面	<ol style="list-style-type: none"> 學校協調人力組成學生健康檢查任務小組，挑選合適場所並提供檢查桌椅。 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否，說明：_____ 健檢當日前已完成回收「學生健康檢查家長同意書」，並向學生說明健康檢查之意義、項目與健檢當天配合及注意事項。 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否，說明：_____ 提供「學生健康檢查紀錄卡」，健檢當天前完成調查學生疾病史，測量並記錄當學期身高、體重、視力等測量結果。 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否，說明：_____ 以班級為單位，備齊「學生健康檢查紀錄卡」與「健檢所需表單」供健檢醫院備用。 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否，說明：_____ 檢查過程，學校現場支援人力(可複選) <input type="checkbox"/>護理師 <input type="checkbox"/>主任____人 <input type="checkbox"/>校長 <input type="checkbox"/>隨班老師/導師 <input type="checkbox"/>志工家長____人 <input type="checkbox"/>其他人員____人 胸腹部檢查屏風區內人員包括： <input type="checkbox"/>醫師 <input type="checkbox"/>醫院工作人員 <input type="checkbox"/>校方人員_____ 學校是否提供檢查團隊飲用水，及安排中場休息時間。 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否，說明：_____
備註	

觀察員簽名：

學校護理師簽名：

學務主任簽名：

醫院簽名：

註：多日檢查，可分別填寫，以便了解健檢品質

臺北市(國中小)學校學生健康檢查通知暨家長同意書

親愛的家長：

為增進家長及學校更加瞭解 貴子弟的健康情形，依據92年06月25日公告，109年4月23日教育部臺教綜(五)字第1090034222B號、衛生福利部衛授國字第1090200461號令會銜修正，自109年8月1日施行之『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，教育局委請承辦醫院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。

一、檢查費用：免費，臺北市政府教育局專案補助。

二、檢查日期：○○年○月○○日(星期○)。

項目	內容	國小 一年級	國小 四年級	國中 七年級
眼睛	辨色力、斜視、睫毛倒插、眼球震顫、眼瞼下垂及其他	○	○	○
頭頸	斜頸、異常腫塊(甲狀腺腫、淋巴腺腫大)及其他異常	○	○	○
口腔	齲齒、缺牙、咬合不正、口腔衛生、恆牙大白齒之窩溝封填、牙結石、牙齦炎及其他異常	◎	◎	○
耳鼻喉	聽力	○	○	○
	耳道畸形	○	X	X
	耳膜破損、耳前瘻管、耳垢栓塞、扁桃腺腫大及其他異常	○	○	X
胸腔及外觀	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、結構異常、蹲踞困難及其他異常	○	○	○
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	隱睾	▲	X	X
*1(註)	包皮異常、精索靜脈曲張、陰囊腫大及其他異常	▲	▲	▲
尿液	尿蛋白、尿糖、潛血、酸鹼度	○	○	○

*1(註) 泌尿生殖器官檢查之隱睾、精索靜脈曲張、陰囊腫大等項目，僅適用男生，與男性不孕症有關連性。

尿液檢查相關說明及通知單另發。

符號說明：○ 指應檢查項目 X 指該年級不須檢查之項目 ◎ 國民小學每學年亦應檢查之項目

▲ 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，自行帶至醫療院所自費受檢，並將檢查報告繳交學校。

三、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。
3. 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。
4. 胸、腹部檢查因涉及隱私，會有簾幕、屏風遮蔽，除安排與受檢學生同性別醫師看診外，亦會安排護理人員陪同協助注意隱私之維護，惟倘承辦醫院因人力調度，受檢日無與受檢學生同性別醫師者，會尊重學生意願決定是否受檢；另除特殊情況並經受檢者同意下，才得允許其他志工或校方人員進入檢查空間內給予協助。
5. 承辦醫院以學生身分證字號建置蛲蟲、尿液檢驗及身體診察資料，僅供核對及資料保存用。
6. 學生健康檢查資料去除個人資料後上傳至教育部及教育局，由教育部及教育局辦理統計分析。

四、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，定期檢查；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 學校健康中心 聯絡電話：

臺北市 學校學生健康檢查家長同意書回條 回條請於 年 月 日前

繳回健康中心彙整

請家長於以下1.2選項「擇一」勾選您同意之項目，並簽名確認，請用原子筆簽名勿用鉛筆

<input type="checkbox"/> 1. 已詳閱本通知各項說明，同意接受健康檢查(包含私密部位如胸、腹部檢查，男生增加泌尿生殖器檢查)。	<input type="checkbox"/> 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(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0月0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： <input type="checkbox"/> 胸、腹部檢查 <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器檢查(男生)
---	---

家長簽名(請簽全名)：

學生簽名(國小四年級以上)：

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

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：

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，教育局委請市立聯合醫院(○○)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。

一、檢查費用：免費，臺北市政府教育局專案補助。

二、檢查日期：○○年○月○○日(星期○)。

項目	內容	高中職一年級
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、恆牙大白齒之窩溝封填、牙結石、牙齦炎及其他異常	○
耳鼻喉	聽力	○
胸腔及外觀	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、結構異常、蹲踞困難及其他異常	○
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	▲
尿液	尿蛋白、尿糖、潛血、酸鹼度	○
血液	血液常規檢查、肝功能檢查、B 肝抗體、腎功能檢查、血脂肪檢查、血清免疫學及糖尿病檢查	○
X光	胸部X光	○

*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。

符號說明：○ 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，自行帶至醫療院所自費受檢，並將檢查報告繳交學校。

三、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。
3. 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。

4. 胸、腹部檢查因涉及隱私，會有簾幕、屏風遮蔽，除安排與受檢學生同性別醫師看診外，亦會安排護理人員陪同協助注意隱私之維護，惟倘承辦醫院因人力調度，受檢日無與受檢學生同性別醫師者，會尊重學生意願決定是否受檢；另除特殊情況並經受檢者同意下，才得允許其他志工或校方人員進入檢查空間內給予協助。

四、尿液檢查：為確保檢查結果之正確性，請依說明收集。

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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，請自行保留尿瓶補繳(補繳時間另行通知)

五、胸部X光檢查：

1. 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。
2. 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。

六、血液檢查：

1. 血液檢查項目包括血液常規檢查、肝功能檢查、B 肝抗體、腎功能檢查、血脂肪檢查、血清免疫學及糖尿病檢查等項目。受檢學生需空腹至少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。(非夜間部，請刪除此列說明)*夜間部學生排定下午受檢，早餐請在上午7點前吃完。
2. 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

七、承辦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。

八、學生健康檢查資料去除個人資料後上傳至教育部及臺北市政府教育局辦理統計分析。

九、※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 學校健康中心 聯絡電話：

臺北市 學校學生健康檢查家長同意書回條
年 班 座號 姓名： 回條請於 年 月 日前
繳回健康中心彙整

請家長於以下1.2選項「擇一」勾選您同意之項目，並簽名確認，請用原子筆簽名勿用鉛筆

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 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)。 | <input type="checkbox"/> 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 年 月 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：

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 胸、腹部檢查 | <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器檢查(男生) |
| <input type="checkbox"/> 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。

學生姓名

班級： 年 班 號

親愛的家長：

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，茲因 貴家長及學生願意自行在校外受檢以下健康檢查項目：

胸部(胸腔及外觀)、腹部； 泌尿生殖器檢查； 血液檢驗 (高中職學生)

請自行帶至醫療院所檢查，檢查結果註記於本單，血液檢驗另附檢驗報告，於○○月○○日前交至學務處衛生組健康中心彙整 (副本請自存)。謝謝！

臺北市

學校健康中心 聯絡電話：

臺北市各級學校學生自行到醫院健康檢查結果回條

學生姓名： 班級： 年 班 號

檢查日期： 年 月 日

回條請於 年 月 日前

繳回健康中心彙整

檢查結果：

檢查項目	無異狀 請打√	檢查內容及結果 (√)：表示有異狀 (△)：表示有異狀，目前不需追蹤治療，請持續觀察	醫事人員
胸部 (胸腔及外觀)		<input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其他	
腹部		<input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他	
泌尿 生殖		<input type="checkbox"/> 隱睾(國小一年級) <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他	
※高中職 血液 檢驗	請另附 檢驗報告	包含血液常規檢查、肝功能、腎功能、血糖、三酸甘油酯、膽固醇 (含高密度膽固醇)	

未受檢，原因說明： 。

家長簽名： _____ 年 _____ 月 _____ 日

臺北市 學校114學年度學生健康檢查結果通知書

醫院章

學生姓名 _____ 班級：_____ 年 _____ 班 _____ 號

檢查結果總評： 無異狀 雖然有異狀，但目前不需追蹤治療，請持續觀察。 有異狀，請家長依右側所記科別，陪同學生至醫療院所追蹤矯正與治療。

※在校健康檢查為基本篩檢，不代表正式醫療診斷，本通知僅提供您作為貴子弟健康管理參考，通知「無異狀」仍請關心健康情形，定期檢查；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，並註記於下方健康檢查複診結果，交回學校健康中心以維護學生健康權益。

檢查項目	檢查內容、檢查結果及建議事項			醫事人員
	(V)：表示有異狀，請依建議科別接受複查診治。	(△)：表示有異狀，目前不需追蹤治療，請持續觀察。	(X)：不同意在校受檢	
血壓 (高中職)	收縮壓：_____ mm/Hg 舒張壓：_____ mm/Hg 心跳(脈搏)：_____ 次/分			
眼科	<input type="checkbox"/> 辨色力初查無異狀 <input type="checkbox"/> 辨色力異常 (無需矯治) <input type="checkbox"/> 初查無異狀 <input type="checkbox"/> 斜視： <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	耳鼻喉科	<input type="checkbox"/> 聽力初查無異狀 聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 (國小適用) <input type="checkbox"/> 初查無異狀 <input type="checkbox"/> 耳膜破損： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 耳道畸形： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 耳垢栓塞： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其他：_____	眼
				耳鼻喉
頭頸	<input type="checkbox"/> 初查無異狀 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他	腹部	<input type="checkbox"/> 初查無異狀 <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他	
胸部	<input type="checkbox"/> 初查無異狀 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其他	脊柱 四肢	<input type="checkbox"/> 初查無異狀 脊柱側彎 (高中生待X光檢查判讀結果再複檢) <input type="checkbox"/> 結構異常 <input type="checkbox"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 其他	
泌尿生殖 (僅限男生)	<input type="checkbox"/> 初查無異狀 <input type="checkbox"/> 隱睾(國小一年級) <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 其他	皮膚	<input type="checkbox"/> 初查無異狀 <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 檢查 (為維護口腔 健康，每3-6 個月需至牙科 診所檢查)	未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 已治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 恒牙第一大臼齒齲齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 26、 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 46 恒牙第一大臼齒窩溝封填： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (※國中小) <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 乳牙待拔牙 <input type="checkbox"/> 待拔牙 <input type="checkbox"/> 贊生牙 <input type="checkbox"/> 缺牙 <input type="checkbox"/> 阻生牙 <input type="checkbox"/> 咬合不正 (<input type="checkbox"/> 矯正中 <input type="checkbox"/> 矯正拔牙) <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 (※國高中) <input type="checkbox"/> 其他		牙	

承辦醫院：臺北市立聯合醫院 院區

檢查日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

臺北市

學校114學年度學生健康檢查複檢回條聯

學生姓名 _____

班級： ____ 年 ____ 班 ____ 號

回條請於 ____ 年 ____ 月 ____ 日前
繳回健康中心彙整

※身體診察複檢矯治報告（如口腔項目初檢異常，複檢請協助一併填寫下半聯資訊）

建議複診 科別	診療日期	醫療院所名稱	診療結果	其他說明
			<input type="checkbox"/> 複查無異狀 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 輕微異常建議追蹤	
			<input type="checkbox"/> 複查無異狀 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 輕微異常建議追蹤	
			<input type="checkbox"/> 複查無異狀 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 輕微異常建議追蹤	

.....請勿撕開.....

※口腔複檢矯治報告

一、醫療院所名稱：_____

三、下次回診日期：_____

二、牙科醫生簽章：_____ 日期：_____

四、牙科醫師複診結果與建議：_____

C-齲齒 X-缺牙 -已矯治 /-待拔牙（因齲齒造成之殘根） h-乳牙待拔 ϕ-阻生牙 Sp-智生牙

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
上	右	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上	左	下	
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

齲齒	<input type="checkbox"/> 已矯治完畢 <input type="checkbox"/> 矯治中(請註記牙位) <input type="checkbox"/> 未矯治			
牙周病	<input type="checkbox"/> 已矯治完畢 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 未矯治	口腔黏膜異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
牙齦炎	<input type="checkbox"/> 已矯治完畢 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 未矯治	牙結石		<input type="checkbox"/> 已矯治完畢 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 未矯治
待拔牙	<input type="checkbox"/> 已矯治完畢 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 未矯治	乳牙待拔牙		<input type="checkbox"/> 已矯治完畢 <input type="checkbox"/> 矯治中 <input type="checkbox"/> 未矯治
恆齒第一大臼齒窩溝封填		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		其他

家長連絡事項：

家長簽章：_____ 日期：_____

臺北市公私立各級學校學生健康檢查身體診察人數證明單

學校名稱					
檢查日期	年 月 日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 全日				
實際檢查人數	<input type="checkbox"/> 上午： 人 (國小： 人、國中： 人、高中： 人) <input type="checkbox"/> 下午： 人 (國小： 人、國中： 人、高中： 人)				
醫 院 工 作 人 員 簽 到 表					
員工編號	科別	姓名	員工編號	科別	姓名
	內科系(上午)			內科系(下午)	
	內科系(上午)			內科系(下午)	
	家醫科(上午)			家醫科(下午)	
	小兒科(上午)			小兒科(下午)	
	外科系(上午)			外科系(下午)	
	牙科(上午)			牙科(下午)	
	眼科(上午)			眼科(下午)	
	耳鼻喉科(上午)			耳鼻喉科(下午)	
	護理科			護理科	
	護理科			部分工時助理	
	護理科			部分工時助理	
	護理科			家醫科幹事	

承辦人簽(核)章

校長簽(核)章

中華民國

年

月

日

- 備註： 1. 本表一式2份，由醫院及學校各收執1份。
 2. 本表如有塗改處，請務必加蓋學校護理人員(學健業務承辦人)職章。
 3. 本表填報之補檢人數，請勿與健檢人數證明單數重複，俾避免重複計算受檢人數。

臺北市公私立各級學校學生健康檢查身體診察補檢人數證明單

學校名稱			
原訂檢查日期		補檢日期	月 日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午
原訂檢查醫院		補檢巡檢醫院	
需補檢人數	<input type="checkbox"/> 國小 人 <input type="checkbox"/> 國中 人 <input type="checkbox"/> 高中職 人	實際補檢人數	<input type="checkbox"/> 國小 人 <input type="checkbox"/> 國中 人 <input type="checkbox"/> 高中職 人
補檢地點			
陪同前往補檢 人員簽名 (學校或家長)			
補檢巡檢醫院 工作人員簽名 (學健幹事)			

承辦人簽(核)章：

校長簽(核)章：

中華民國

年 月

日

備註：

- . 本表一式2份，由醫院及學校各收執1份。
- . 本表如有塗改處，請務必加蓋學校護理人員(學健業務承辦人)職章。
- . 本表填報之補檢人數，請勿與健檢人數證明單數重複，俾避免重複計算受檢人數。

臺北市公私立高中職學校新生血液檢查作業 實際受(補)檢人數證明單

學校名稱			
聯絡電話			
檢查日期	年 月 日 <input type="checkbox"/> 抽血檢查 <input type="checkbox"/> 補抽血檢查		
受檢人數(A) 人	品管抽樣人數(B) 人	實際受檢總人數(A+B) 人	
承辦醫院醫檢師簽名			
院區檢驗總窗口人員簽名			

承辦人員(學校)核章：

校長核章：

備註：

- 本表一式2份，由承辦醫院及受檢學校各收執1份。
 - 送至他校補檢，仍請另填本表一式2份，請勿與原受檢人數重複，俾避免重複計算受檢人數。
 - 本表請核實詳填，請於修改處加蓋學校護理人員(學健業務承辦人)職章，俾利承辦醫院辦理經費請領事宜。

承辦醫院114年學生健康檢查蛲蟲、尿液檢體送檢紀錄單

學校編號：(由檢驗單位填寫)

學校名稱： 連絡電話：

送檢日期：114 年 ____ 月 ____ 日

序號	收檢 學校	送檢 類別	勾 選	送檢 階段	檢體數	QC 支數	合計	學校護理師 核章
					蛲蟲貼片/ 尿液支數	尿液品管		
學校健康中心填寫	尿液			尿液 支數				
				蛲蟲 片數				
(病理中心填寫)	蛲蟲			初檢		蛲蟲不需填		
				複檢				
	尿液			初檢				
				複檢				
				補檢				

備註：

每次送檢皆需填寫乙式2份，並請學校護理師簽章，乙式連同檢體及學生名冊一起交給收檢人員，乙式由貴校自行留存。(不敷使用者請自行列印)

(下方欄位由檢驗單位填寫)

數量	備註	檢驗單位 核章
<p>檢體數：蛲蟲貼片/尿液支數</p> <p><input type="checkbox"/> 正確：_____ 片/支</p> <p><input type="checkbox"/> 有誤：</p> <p>更正 蛲蟲貼片/尿液支數：_____ 片/支</p> <p>QC 支數 (蛲蟲免填)</p> <p><input type="checkbox"/> 正確：_____ 支</p> <p><input type="checkbox"/> 有誤：</p> <p>應更正為 QC 支數：_____ 支</p>	<p>空管：</p> <p>檢體不足：</p> <p>學生名冊錯誤格式：</p> <p>標籤貼錯：</p> <p>採檢不良：</p> <p>其他：</p>	

臺北市國小學生蟣蟲檢查受檢人數證明單

單位： 區 學校

檢查日期： 年 月 日

年級	學生初檢人次	陽性學生複檢人次	採檢不良人次
國小一年級	人次	人次	人次
國小四年級	人次	人次	人次
總計	人次		
陽性學生 投藥人數			

承辦人員核章： 校長核章：

中國民國 年 月 日

備註：

1. 本表一式2份，由承辦醫院及受檢學校各收執1份。
2. 送至他校補檢，請檢附受檢名冊及填寫送檢紀錄單一式2份。
3. 待全校受檢完成後，依送檢紀錄單核實詳填本表，如有塗改處，請務必加蓋學校護理人員(學健業務承辦人)職章，俾利承辦醫院辦理經費請領事宜。

校名：

區

學校

年級	受檢人數(請勿空白，人數為0請記0或畫斜線)			
	初檢 (補檢)	QC 品管抽樣	複檢	合計
總計				

承辦人員核章：

校長核章：

中華民國

年

月

日

備註：

1. 本表一式2份，由承辦醫院及受檢學校各收執1份。
2. 送至他校補檢，請檢附受檢名冊及填寫送檢紀錄單一式2份。
3. 待全校受檢完成後，依送檢紀錄單核實詳填本表，如有塗改處，請務必加蓋學校護理人員(學健業務承辦人)職章職章，俾利承辦醫院辦理經費請領事宜。

臺北市公私立高中職學校新生胸部 X 光篩檢作業
實際受檢人數證明單

學校名稱		
聯絡電話		
檢查日期		
高中職一年級學生 實際受檢人數	(日)	人
	(夜)	人
承辦醫院工作人員 簽章		

承辦人核章：

校長核章：

中華民國

年

月

日

備註：

1. 本表一式2份，由承辦醫院及受檢學校各收執1份。
2. 送至他校補檢，仍請另填本表一式2份，請勿與原受檢人數重複，俾避免重複計算受檢人數。
3. 本表請核實詳填，如有塗改處，請務必加蓋學校護理人員(學健業務承辦人)職章，俾利承辦醫院辦理經費請領事宜。

玖、學校健康檢查知情同意及隱私權保護原則

- 一、行政院衛生署為使學校辦理學生健康檢查時，注意維護學生之隱私，並保障學生及家長之知情同意與隱私等權益，特訂定本原則。
- 二、學校及承辦學生健康檢查之醫療院所，應督導相關人員於辦理學生健康檢查時，確實遵守本原則之規範。
- 三、學校應於健康檢查前發給家長同意書，說明檢查之意義、項目、進行方式、日期及相關注意事項，請家長充分瞭解後並向其子女說明。
- 四、家長於簽署同意書前，宜確實瞭解健康檢查項目、內容及私密檢查之情形(例：胸部、腹部或泌尿生殖器官等之檢查)，並經其子女同意後，再行簽署。
- 五、家長或其子女對於健康檢查之內容有權選擇全部或部分同意，並有權拒絕私密部位之檢查。
- 六、學校應於學生健康檢查執行前，回收家長簽署之同意書；醫護人員於執行健康檢查前，應確認家長同意書所同意之事項，對於同意檢查私密部位之學生，應適時向學生說明該項檢查部位及方法(例：觸診、叩診或褲子可能會被褪至大腿等事宜)，以減少其疑慮或恐慌。若學生拒絕時，仍應尊重學生意願，由醫護人員於回條上註記及簽名。
- 七、為維護學生隱私權益，對於胸部、腹部、泌尿生殖器官等之檢查場所，應予以單獨隔間或設置屏風等防護措施，以保障其隱私。
- 八、私密部位檢查進行時，應安排學生依序逐一受檢，隨時保持「一出一進」順序，不得以時間因素要求學生數人一同受檢；如有必要得安排適當人員在場協助，以維護學生隱私。
- 九、學校或承辦之醫療院所相關人員，不得無故洩漏學生健康檢查之相關資料；如有違反者，追究其法律責任。
- 十、學校或承辦之醫療院所應遵守性別工作平等法及性騷擾防治法規定，建立性騷擾防治與保護申訴管道，並明定處理程序及指定專責人員（單位）受理申訴。

附件18

國小、國中、高中職健康卡

檔案另公告於教育局>體育及衛生保健科>學生健康檢查 網頁 請自行下載

高中職學生血壓測量及判讀之方法

一、檢查用具：腕隧道電子血壓計

二、檢查方法：

- (一) 請受檢者卸除身上背包及厚重外套。
- (二) 請受檢者坐下，將手臂置入隧道中，手臂與心臟及血壓計零點呈水平位置。
- (三) 手臂圍大於腕隧道管徑者，請更換使用壓脈帶型血壓計測量。
壓脈帶式血壓計方法：(需視受檢學生臂圍選擇適合的尺寸)纏繞於上臂距肘關節上一吋處，包覆緊度以能放入二根手指為主，手臂中點對準感應點。
- (四) 打開電源並按下啟動鈕。
- (五) 待測量結束後將測量值登記於健康檢查結果通知書、健康紀錄卡之血壓欄位。
- (六) 若測得血壓值偏高〈130/85mmHg〉或偏低(80/50mmhg)，先請受檢者換手測量或改用手臂式血壓計測量，若仍偏高或偏低應請受檢者休息10-15分鐘後再測量一次。
- (七) 檢測完畢將血壓計電源關閉。

- 一、目的:稽核健康檢查實驗室結果之正確性，以確保健康檢查品質。
- 二、抽樣檢驗數量:依據教育部學生健康檢查工作手冊辦理，以本市受檢學生數抽樣1%之複製檢體數，進行匿名抽驗。
- 三、抽樣執行學校:請各學校依實際受檢人數抽驗1%，人數不足1人則捨去。
- 四、作業流程:

(一) 依各校抽樣件數執行及造冊：

各校依需執行項目及件數進行重複收取檢體，志願重複收取檢體學生，應填寫家長同意書，校方以匿名方式編寫新造之受檢名冊（學校製作名冊，將抽樣學生匿名造冊在最後(依尿液第一字母 U+學校名稱+001~；如 U 忠義國小001~；依血液第一字母 B+學校名稱+001~；如 B 育成高中001~)，與聯醫核對人數及名單；但學校要保留抽樣學生正確資料，以利事後檢核品管用，連同檢驗時間一併送交廠商（承辦醫院）進行實驗室檢查。(高中職因尿液及血液檢查時間不同，為了方便核對檢驗結果，建議匿名檢體可找同一組人施作)。

(二) 核對檢體報告及製表回傳指定承辦學校：

於收到檢驗結果報告三天內，請核對健康檢查（原真實個人資料）檢體及對照組（匿名）檢體，此兩份檢體檢驗報告結果是否一致，並填寫檢驗資料於製表用 EXCEL 檔(內容如品管附表1、2)，附表名冊請學校自存備查，回報單傳送各行政區指定學校護理師(公文另發)。

(三) 承辦學校對照檢查結果：

承辦學校將重複收取匿名檢驗結果與原健康檢查檢體之檢驗結果依品管附表3 實驗室檢查結果正確性允收標準一覽表，對照其一致性，檢驗結果一致率必須高於95%件數。

(四) 如上述程序有任何問題，請與各行政區收集資料之學校護理師聯繫。

(五) 品管附表1

臺北市114學年度學生健康檢查實驗室品質管控稽核-匿名對照回報單

(請輸入)學校名稱:		(請輸入)學校代號:	
(請點選)校型:		(請輸入)檢查日期:	
(請輸入)抽樣個案數:			

個案編號	尿液 檢驗項目	真實姓名 檢體報告	匿名 檢體報告	一致性	一致性判讀 (備註)
個案1	尿糖				上下一個 SCALE
個案1	尿蛋白				上下一個 SCALE
個案1	酸鹼度				上下一個 SCALE
個案1	潛血				上下一個 SCALE
個案2	尿糖				上下一個 SCALE
個案2	尿蛋白				上下一個 SCALE
個案2	酸鹼度				上下一個 SCALE
個案2	潛血				上下一個 SCALE
個案3	尿糖				上下一個 SCALE
個案3	尿蛋白				上下一個 SCALE
個案3	酸鹼度				上下一個 SCALE
個案3	潛血				上下一個 SCALE
個案4	尿糖				上下一個 SCALE
個案4	尿蛋白				上下一個 SCALE
個案4	酸鹼度				上下一個 SCALE
個案4	潛血				上下一個 SCALE

備註:

1. 本回報單完成後逕送各行政區指定品管中心學校護理師。

2. 一致性判讀：

- (1) 陰性測試件以"陰性"為良好結果，故尿液 trace (±) 應判讀為陽性 (+) 不合格。
- (2) 膽固醇 cholesterol 原檢驗參考值範圍設定130-200mg/dL，修正為<200mg/dL。
- (3) 高密度脂蛋白 HDL-C 原檢驗參考值範圍設定> 40 mg/dL，修正為男性>40mg/dL、女性>50mg/dL。

填表人:

衛生組長:

學務主任:

校長:

品管附表2

臺北市114學年度學生健康檢查實驗室品質管控稽核-匿名回報單

(請輸入)學校名稱:	(請輸入)學校代號:
(請點選)校型 :	(請輸入)檢查日期:
(請輸入)抽樣個案數:	

個案編號	血液 檢驗項目	真實姓名 檢體報告	匿名 檢體報告	一致性	一致性 判讀
個案001	血紅素 (HGB)				± 7 %
個案001	白血球 (WBC)				± 10 %
個案001	紅血球 (RBC)				± 7 %
個案001	血小板 (Platelet)				± 25 %
個案001	平均紅血球容積 (MCV)				計算值 不列入
個案001	總膽固醇 (CHOL)				± 7 %
個案001	肌氨酸酐 (CR)				± 10 %
個案001	尿酸 (UA)				± 12 %
個案001	麴氨酸苯醋酸轉氨基酵素 (AST/GOT)				± 20 %
個案001	麴氨酸丙酮酸轉氨基酵素 (ALT/GPT)				± 20 %
個案001	三酸甘油脂 (TG)				± 17 %
個案001	高密度脂蛋白膽固醇 (HDL-C)				± 20 %
個案001	空腹血糖 (Sugar AC)				± 7 %
個案001	B 型肝炎表面抗原(HBsAg)				non-reactive/ reactive 結果 一致
個案001	B 型肝炎表面抗體 (Anti-HBs)				non-reactive/ reactive 結果 一致
個案002	血紅素 (HGB)				
個案002	白血球 (WBC)				
個案002	紅血球 (RBC)				
自行增列					

備註:本回報單完成後逕送各行政區指定品管中心學校護理師。

填表人:

衛生組長:

學務主任:

校長:

品管附表3 實驗室檢驗結果一致性允收標準一覽表

檢查項目	內容	允收標準 (TE _a 的2/3)	依循標準(TE _a)
尿液	尿蛋白	上下一個 SCALE	台灣醫檢學會
	尿糖	上下一個 SCALE	台灣醫檢學會
	潛血	上下一個 SCALE	台灣醫檢學會
	酸鹼度	上下一個 SCALE	台灣醫檢學會
血液檢查	血紅素 (HGB)	± 7 %	± 10% CLIA
	白血球 (WBC)	± 10 %	± 15% CLIA, CAP
	紅血球 (RBC)	± 7 %	± 10% CLIA
	血小板 (Platelet)	± 25% CLIA	± 25% CLIA
	平均紅血球容積 (MCV)	計算值不列入	
	總膽固醇 (CHOL)	± 7 %	± 10% CAP, 醫檢學會
	肌氨酸酐 (CR)	± 10 %	± 15% CAP, 醫檢學會
	尿酸 (UA)	± 12 %	± 17% CAP, 醫檢學會
	麴氨酸苯醋酸轉氨基酵素 (AST/GOT)	± 20 %	± 20% CAP, 醫檢學會
	麴氨酸丙酮酸轉氨基酵素 (ALT/GPT)	± 20 %	± 20% CAP, 醫檢學會
	三酸甘油脂 (TG)	± 17 %	± 25% CAP, 醫檢學會
	高密度脂蛋白膽固醇 (HDL-C)	± 20 %	± 30% CAP, 醫檢學會
	空腹血糖 (Sugar AC)	± 7 %	± 10% CAP, 醫檢學會
	B 型肝炎表面抗原 (HBsAg)	non-reactive/ reactive 結果一致	台灣醫檢學會
	B 型肝炎表面抗體 (Anti-HBs)	non-reactive/ reactive 結果一致	台灣醫檢學會

CLIA (Clinical Laboratory Improvement Amendments)

CAP (College of American Pathologists)

臺北市(國中小)學生健康檢查志願重複收取檢體家長同意書

親愛的家長：

教育局依據學校衛生法辦理學生健康檢查，委請市立聯合醫院（○○）院區健檢工作團隊到學校，為貴子女實施健康檢查（檢查項目含身體診察、胸部X光及實驗室血液、尿液檢查）。

為稽核實驗室尿液檢查結果之正確性，以確保健康檢查品質，依據教育部學生健康檢查工作手冊，以本市受檢學生數抽樣1%之複製檢體數，擬抽選貴子弟重複收取此二項檢體以進行匿名抽驗，請家長詳閱以下說明後於回條簽章。

檢體項目	篩檢項目	收取方法或收取量
尿液	尿糖、尿蛋白、尿潛血及 尿液酸鹼值	以同日同一次尿液收取檢體，先解在尿杯 內，收集於2個收集瓶，其中一個為真實 姓名標籤，另一個為編號但沒有真實姓名 的匿名標籤。

臺北市

學校健康中心 聯絡電話：

臺北市(國中小)學生健康檢查志願重複收取檢體家長同意書回條

年 班 座號

姓名：

回條請於 年 月 日前
繳回健康中心彙整

請家長勾選，並簽名確認，請用原子筆勿用鉛筆

1. 本人已詳閱本通知各項說明，同意本人子女接受重複收取尿液檢體進行匿名抽驗，以確保學生健康檢查品質。
2. 本人已詳閱本通知各項說明，不同意本人子女接受重複收取尿液檢體進行匿名抽驗。

家長簽名：

臺北市(高中職)學生健康檢查志願重複收取檢體家長同意書

親愛的家長：

教育局依據學校衛生法辦理學生健康檢查，委請市立聯合醫院（○○）院區健檢工作團隊到學校，為貴子女實施健康檢查（檢查項目含身體診察、胸部X光及實驗室血液、尿液檢查）。

為稽核實驗室血液、尿液檢查結果之正確性，以確保健康檢查品質，依據教育部學生健康檢查工作手冊，以本市受檢學生數抽樣1%之複製檢體數，擬抽選貴子弟重複收取此二項檢體以進行匿名抽驗，請家長詳閱以下說明後，於回條簽章。

檢體項目	篩檢項目	收取方法或收取量
尿液	尿糖、尿蛋白、尿潛血及尿液酸鹼值	以同日同一次尿液收取檢體，先解在尿杯內，收集於2個收集瓶，其中一個為真實姓名標籤，另一個為編號但沒有真實姓名的匿名標籤。
血液	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）、B型肝炎表面抗原、B型肝炎表面抗體等項目。	健檢日由檢驗師於抽血時，同時多抽約10cc的血量（意即抽一次，收集血量約10cc），收集於2套試管，其中一套為真實姓名標籤，另一套為編號但沒有真實姓名的匿名標籤。

臺北市

學校健康中心 聯絡電話：

臺北市(高中職)學生健康檢查志願重複收取檢體家長同意書回條

年

班 座號

姓名：

回條請於 年 月 日前
繳回健康中心彙整

請家長勾選，並簽名確認，請用原子筆勿用鉛筆

1. 本人已詳閱本通知各項說明，同意本人子女接受重複收取尿液及血液檢體進行匿名抽驗，以確保學生健康檢查品質。
2. 本人已詳閱本通知各項說明，不同意本人子女接受重複收取尿液及血液檢體進行匿名抽驗。

家長簽名：

摘錄教育部健檢手冊(P. 21~24)口腔檢查方法

學校辦理口腔保健教育時應依學生健康檢查基準表所定學生口腔檢查項目包含齲齒、缺牙、咬合不正、口腔衛生不良及其他牙齒健康問題設計衛生教育教學活動及教材，提高學生牙齒健康自我管理素養，養成良好口腔保健習慣。

為符合健康篩檢之原則，在校學生健康檢查之口腔檢查採美國疾病管制與預防中心(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)建置的全國口腔健康監測系統，經由簡單的篩檢指標，提供即時、迅速的口腔健康數據，以供相關單位在研擬口腔健康公共衛生政策時之參考。

一、牙齒檢查重點項目：未治療齲齒、已治療齲齒、恆牙第一大臼齒齲齒經驗、恆牙臼齒之窩溝封填以及口腔黏膜異常等，依年齡層略有差異，詳如下表：

表 各年齡層牙齒檢查重點項目

檢查項目年齡層	未治療 齲齒	已治療 齲齒	恆牙第一大臼 齒齲齒經驗	恆牙臼齒之 窩溝封填	口腔黏膜異常
國小（約6、10歲）	○	○	○	○	-
國中（約13歲）	○	○	○	-	○
高級中等學校（約16歲）	○	○	-	-	○

註：○為檢查重點項目

二、檢查用具：

口罩、手套、拋棄式口鏡、探針、檢查照明用燈（小型手電筒或頭燈）、備用電池、檢查牙醫師之醫師章、垃圾桶1個（內置感染性垃圾袋）、檢查結果紀錄表格（勾選檢查結果於表格中），探針視需要備用。

三、檢查方法

「學生口腔健康檢查」是以直接目視篩檢法為主，僅需口鏡、探針及簡單之輔助光源，不需特殊設備及專業器械，在短時間內就可以完成。檢查前需指導學生實施餐後潔牙，避免食物殘渣影響檢查。

國小學生口腔健康檢查的項目包括：未治療齲齒、已治療齲齒、恆牙第一大臼齒齲齒經驗、恆牙臼齒之窩溝封填等4項指標。國中以上學生口腔健康檢查的項目除上述四項外，另增加第五項指標--口腔黏膜異常。高級中等學校學生口腔健康項目為：未治療齲齒、已治療齲齒及口腔黏膜異常。

(一) 未治療齲齒

當篩檢人員能夠很明顯的看到下列第1或第2項特徵時，表示「有」「未治療齲齒」發生：

1. 在牙釉質表面有至少直徑大於0.5mm的齲齒窩洞。

2. 當齲齒窩洞直徑未超過0.5mm，但是窩洞的外牆（wall）呈棕色或深棕色（brown to dark-brown），或是透光度改變等現象。
3. 同時符合上述第1或第2項標準的牙齒，就算有填補物或贗復牙冠（crown），也可以確定是有「未治療齲齒」。這兩項標準可以同時適用於溝隙部位以及平滑面的齲齒。
4. 受檢者如果有至少1顆齲齒，不論是乳牙或是恆牙，在「未治療齲齒」這一項指標上，就記為「有」。
5. 在進行篩檢時，一項很重要的基本原則就是：「當有所懷疑時，儘量採取保守原則」，也就是說，當您無法確定是否有齲齒存在時，就認定它是沒有齲齒。
6. 斷裂或崩裂的牙齒，如果沒有發現窩洞，應視為健康的（sound）牙齒。
7. 如果發現殘根（retained root），則反映出牙齒的牙冠全部都因齲蝕而毀壞，並記錄該名受檢學生為有「未治療齲齒」，記錄碼為「有」。
8. 「無」表示受檢學生有一口完整的齒列，沒有任何的齲齒。他或她可能有缺牙、填補過的牙齒、甚至有斷裂的牙齒，重點是沒有未治療的窩洞。

（二）已治療齲齒

本檢查項目--「已治療齲齒」，決定於是否存在有：填補物、贗復牙冠，以及因齲齒遭拔除的牙齒狀況。恆牙及乳牙均同時列入考量。

口檢中常見的填補物：銀粉、與牙齒同色的填補物、以及暫時填補物。

在國小學童時期，最常見的贗復牙冠，是在乳牙的後牙常見的不鏽鋼贗復牙冠（stainless steel crown, SSC）。至於，與牙齒同色的贗復牙冠（複合樹脂），則較常見於患有「幼兒早期性齲齒（Early Childhood Caries, ECC）」的學童。受檢學生之口腔中有因齲齒而製作之贗復牙冠，在「已治療」中的記錄為「有」。

偶爾會在受檢學生當中發現陶瓷牙冠，如果發生在前牙，極有可能是外傷的結果。因外傷而製作之贗復牙冠，在「已治療齲齒」中的記錄為「無」。因此，檢查人員應詳細詢問受檢者對於外傷史的記憶，並據以做成記錄。

1位受檢的學生會被歸於「已治療齲齒」的第3個原因，就是他（她）缺少1顆或1顆以上的牙齒，如果缺牙部位是乳牙，則應考量一般換牙時間，以判斷是因為「正常換牙」或是因為「齲齒而被拔除之乳牙」亦或是「先天性缺牙」。如果缺牙部位是恆牙，則應考量是否因「外傷」或是「先天性缺牙」亦或是「因齒列矯正而拔除」，凡非因齲齒而拔除之牙齒，在「已治療齲齒」中的記錄均為「無」。

（三）恆牙第一大臼齒齲齒經驗

所謂「齲齒經驗」包括前述之已治療齲齒及未治療齲齒的定義，此項只是針對恆牙第一大臼齒實施。如果發現任何1顆恆牙第一大臼齒有「齲齒經驗」，則在「恆牙第一大臼齒齲齒經驗」中的記錄均為「有」，並請務必標註是「上顎」或「下顎」或二者皆是。

（四）恆牙臼齒之窩溝封填

有些窩溝封填劑是透明的或乳白色的。乳白色的窩溝封填劑很容易辨識，但是透明的窩溝封填劑就很難單靠視力辨認了。就算受檢者只有部分殘留的窩溝封填劑，記錄上也是屬於「有」「恆牙白齒之窩溝封填」。

需要注意的是，本項只考慮恆牙中的大白齒（第一、第二大白齒），只要有一顆恆牙大白齒做過窩溝封填，則記錄為「有」。如果檢查時發現有窩溝封填劑，但不在恆牙第一或第二大白齒，則視為沒有使用窩溝封填劑，記錄為「無」。

當不易辨認時，可以使用牙科探針，協助口檢牙醫師判別牙齒上是否有窩溝封填劑。以觸覺來幫助判斷是否有窩溝封填劑時，主要的差別是在所接觸的牙齒表面是屬於平滑的（有窩溝封填劑），或是相對較為粗糙的（小窩及裂溝）。

（五）口腔黏膜異常

1. 「正常」：口腔頰側黏膜及嘴唇四周等軟組織皆無特殊異常之顏色附著及潰瘍傷口發生
2. 雖有潰瘍發生，但應再次詢問之發生時間，如尚未超過2週，則可歸為「正常」
3. 「需轉介」：如有下列之異常狀況時，請記為「需轉介」，並告知尋求更進一步專業診斷：
 - (1) 同一部位超過2週以上未癒合的潰瘍傷口
 - (2) 受檢者張口困難，張口程度小於3指
 - (3) 口腔黏膜產生白色斑塊，表面平坦或稍突出，不能以擦拭的方式將其除去
 - (4) 口腔黏膜產生均勻、瀰漫、界限清楚、表面絨毛狀且柔軟之紅色斑塊
 - (5) 口腔黏膜產生粒狀紅色斑塊混雜小白斑
 - (6) 不明原因的腫大要特別注意。尤其是發生在上顎及口底部之不明腫塊（突起、贅生物或硬塊）

承辦醫院學生健康檢查醫療團隊應遵守下列守則：

一、身體診察醫療團隊工作成員

- (一) 國小：牙科、耳鼻喉科、眼/內兒科、家庭醫學科系等醫師5人，護理人員5人、行政幹事1人共11人。
- (二) 國中：牙科、內兒科、家庭醫學科系等醫師3人，護理人員5人、行政幹事1人共9人。
- (三) 高中：牙科、內兒科、家庭醫學科系等醫師3人，護理人員5人、行政幹事1人、血壓測量1名、志工1~2名(含抽血)共11~12人。

二、巡檢小組至學校健檢時，成員宜遵守幹事安排之到檢時間及相關紀律規定。

三、請維護巡檢小組醫療專業形象。

四、出勤醫師，應著醫師服及戴上口罩，並注意避免使用影響學生心理之言語，以示專業形象。

五、醫師於檢查前，請先參考各校於檢查當日提供之學生個別健康卡過去病史資料，以避免浪費多餘之檢查時間；若有相關過去病史，應確實填寫入報告書，並加註「病史」2字。

六、為避免學校護理人員於檢查結果登錄時誤植，出勤醫師記錄檢查結果時，字體應儘量清楚。

七、為使檢查結果異常之學生家長清楚瞭解複診科別，請醫師於檢查結果通知書欄，清楚註明建議診治科別；看診結果倘為不需回診，請由醫師核章。

八、原則每場至多4小時，每小時以40人為基準，若增加受檢人數，以各類醫師檢查人數計算原則增加醫師人數及協助其之工作人員，惟每場檢查人數為 180 ± 20 人，且每日檢查時間不得超過7小時。排定檢查期程後，應避免非必要之更動，如確有異動之需，請於2星期前與學校協商，俾利各校配合約定之事項。

九、檢查當日已排定班級之受檢時間，勿因前一個班級提早檢查完畢，而臨時調整原預訂時間排檢之班級，以免影響學生上課；另請校方安排各班接到通知後，依男、女分開排列，持個人體檢表依序進入檢查場地候檢。

- 十、為落實公共衛生業務，提升醫療品質，篩檢結果總評異狀之學生，請幹事務必於「學生健康檢查篩檢結果矯治狀況回條單」下方，蓋上院區名稱、地址、電話訊息之原子章，俾利提供學生家長健康諮詢或矯治追蹤參考。
- 十一、為建立良好健康檢查品質，於每校施檢完畢後，由醫院領隊填具該校之「校方評核表」一份，作為後續篩檢品質推動改善之參考依據。
- 十二、有關學生健檢同意書：
- (一) 若學生沒有帶同意書，視為「不同意做私密性檢查(隱署、胸、腹部等)」，但其餘牙科、眼科、耳鼻喉科、內科等檢查，若學校護理人員已將學生帶至檢查地點，則視同要檢查。
- (二) 有同意書，但學生當場拒絕檢查，要請學校護理人員做確認並在檢查通知書上註記，原則上尊重學生的意願。
- 十三、有關胸腔及外觀檢查(聽診部份)，亦請學校準備屏風(2個以上屏風圍籬)，以維護學生的隱私。
- 十四、有關學生健檢胸腔及外觀「胸廓畸形」部份，建議檢查方式為「上衣上拉，以能目視至胸骨為原則，若有疑似異常或無法判斷需進一步確認，可能須將內衣上拉」，請各院區的領隊，事先與學校護理人員溝通，並向學生說明；若學生當場拒絕，應尊重學生意願，並請向學校護理人員或老師確認，註明於檢查表上。
- 十五、泌尿生殖、胸部及腹部等私密性檢查因涉及隱私，會有簾幕、屏風遮蔽，除安排同性別醫師協助看診外，亦會安排護理人員陪同協助注意隱私之維護；另除特殊情況並經受檢者同意下，才得允許其他志工或校方人員進入檢查空間內給予協助。

承辦醫院學生健康檢查方法

(摘錄教育部109年版高級中等以下學校學生健康檢查工作手冊)

學生健康檢查各科作業流程

一、內外兒家醫科共同檢查作業方法

(一)脊柱、四肢檢查

1. 脊柱側彎檢查：進行Adam 前彎測驗

請學生向前彎腰至90度，兩臂下垂合掌，檢查者站立在受檢者後方，從背後目測學生的左右背部是否對稱等高，並觸診脊柱，注意任何不對稱的隆起，隆起的一端通常是脊柱側彎彎向的一方。

2. 四肢檢查：請學生脫鞋，面向檢查者直立，依序檢查四肢狀況。

(1)觀察學生四肢是否相稱，有無畸型、長短腿、多併指（趾）或關節變形。

(2)檢查下肢是否有水腫現象。

(3)使學生兩手水平前伸，作蹲下起立、兩腿輪流單腳站立、以腳尖站立及以腳跟站立等動作，觀察下肢肌力及平衡，是否有蹲踞困難。

(二)頭頸部檢查

檢查方法：請學生面向檢查者坐著，以視診及觸診方法，檢查學生頭頸部是否有斜頸、異常腫塊或其他異常現象。

1. 斜頸：正常頸部應可自由移動，若頸部活動受限制、頭部偏斜或摸到胸鎖乳突肌的腫塊，均可能為斜頸症。

2. 頸部異常腫塊：如異常淋巴腺腫、甲狀腺腫等。

(三)胸部(胸腔及外觀)檢查（需家長同意書）

1. 先行問診，是否有心肺功能異常之不適病史，如呼吸困難、氣喘、胸痛、久咳不癒、心悸等。

2. 檢查胸部（胸腔及外觀）是否左右對稱，有無異常之突出或凹陷（雞胸、漏斗胸等）。

3. 請學生作深呼吸，觀察胸廓活動是否正常。

4. 以聽診器檢查是否有不正常的呼吸聲、哮喘等。

(四)腹部檢查(需家長同意書)

檢查方法：先行問診再作腹部之觸診及叩診檢查是否有肝脾腫大或其他異常隆起之腫塊等。

1. 肝臟檢查

(1)在右鎖骨中線自肚臍以下部位往肝臟方向敲叩找到肝濁音的下緣及上緣並敲打周圍相關位置檢查肝臟外形輪廓及是否腫大。

(2)左手放在學生背後與第11及第12肋骨走向平行支撐身體 右手放在右腹直肌外側部位手指輕輕壓入再向上揚起檢查肝臟的外形和位置。

2. 脾臟檢查

- (1)在中腋線後面靠近左側第10肋骨附近叩診脾臟濁音範圍檢查脾臟是否腫大。
- (2)左手伸到學生左側肋骨椎下方，向上支撐並擠壓；右手在左側肋骨下緣向下壓向脾臟，檢查脾臟邊緣及大小。

3. 腹部其他腫塊檢查

- (1)當學生站立時，囑其腹部用力或咳嗽，觀察其腹部、肚臍附近、腹股溝處是否出現突出之腫塊及壓痛。
- (2)以視診或觸診分別檢查上腹部、臍部、腹股溝及腹部其他部位是否有異常腫塊以視診及觸診分別檢查上腹部、臍部、腹股溝及腹部其他部位是否有異常腫塊或壓痛。

(五)泌尿生殖器官檢查（僅適用男生）（需家長同意書）

檢查方法：請學生面向檢查者站著，檢查時會請學生將褲子褪下，露出腹部和大腿，以視診或觸診檢查。

1. 檢查場所要隱密，需準備屏風或遮簾、手套、手電筒。檢查者於每位受檢者觸診後，須更換手套，以防交互感染。
2. 隱睾：以手觸診男生，正常睪丸的位置是在陰囊中，而且兩側大小應差不多，如果僅摸到一側或兩側都摸不到睪丸，便可能有隱睾現象。隱睾的睪丸大部份都在腹股溝，只有少部份是在腹腔內。尤其是1年級男生。
3. 陰囊水腫：睪丸四周包圍著一個像水袋的囊腫時，稱為陰囊水腫。以手觸診可感覺到陰囊腫大而有彈性，用手電筒抵住陰囊照射，則會產生透光現象。
4. 精索靜脈曲張：請學生採站立姿勢，以手觸診，檢查睪丸上方是否有腫脹的血管。輕微的精索靜脈曲張，只有在受檢者用力時才能摸到腫脹的血管，病情稍重者可直接在陰囊內摸到腫脹的血管，嚴重者則以肉眼即可看出。
5. 尿道出口異常：如尿道下裂者，尿道的開口不在龜頭的頂端，而是在陰莖的腹側方。請學生採站立姿勢，以視診檢查尿道的開口是否在正常的龜頭頂端。
6. 包皮異常：請學生採站立姿勢，檢查者以視診檢查包皮是否完全覆蓋龜頭。包皮過長，指龜頭部份完全被包皮所覆蓋；若過長的包皮將龜頭完全包住，檢查者戴手套撥動，仍無法露出龜頭，有包莖現象，皆須提醒其注意清潔，必要時並轉介泌尿科進一步處理。
7. 腹股溝異常：檢查兩側腹股溝是否有異常腫塊及壓痛，必要時可請學生腹部用力或咳嗽，觀察其腹股溝是否出現突出之腫塊。

(六)皮膚檢查

檢查方法：請學生面向檢查者坐著，簡單的病史詢問後，以視診或觸診檢查是否有下列異常現象：

1. 皮膚是否有癬、疣、疥瘡等傳染性疾病
 - (1)癬：皮膚上的癬可能呈圓盤狀，局部泛紅、脫屑，並常伴有激癢，當病變區擴大時會有中心區痊癒的情形，而長成圈狀。依發生位置有甲癬、體癬、足癬等。
 - (2)疣：是因病毒感染而引起的良性表皮內丘疹，常發生在手背、指背、足緣及甲周

等部位。大多數的疣都屬於尋常性疣，好發於手臂，如同豌豆大小，呈灰白色的半圓形丘疹。

(3)疥瘡：是一種疥蟲所造成的皮膚病。疥蟲寄生在人體皮膚表面，約只有針尖大小，肉眼幾乎看不到，喜歡分佈在人體皺摺處及較柔軟的地方，在手指間、腳趾縫、腋下、下腹、屁股、陰部、乳房下等柔軟處會長出奇癢無比的疹子，晚上蓋上棉被後會更癢。

2. 是否有紫斑、溼疹、異位性皮膚炎或其他異常現象

(1)紫斑：因為皮下出血所引起的皮膚紅紫色斑點。點狀出血的大小約3mm以下；斑狀出血範圍較大，像被手指用力擰到後產生的紫斑一般大小，從3mm到4~5cm大小；瀰漫性出血則為一大片的出血，為嚴重的症狀。紫斑症的潛在病因很多，應進一步診斷。

(2)溼疹：是一種常見的過敏性、發炎皮膚病，急性溼疹的皮膚潮紅、出現疹子、水泡、脫皮，轉成慢性後，皮膚比較乾燥、粗糙、有破裂或脫皮、鱗屑的變化。

(3)異位性皮膚炎：「異位性」是指一種過敏體質，異位性皮膚炎常發生在四肢的屈側或頭頸部等，可見到搔抓後引起的皮膚發炎變化，或長期皮膚變粗、產生苔癬樣變化、發炎後色素沉澱與疤痕等。

二、口腔檢查方法

學校辦理口腔保健教育時應依學生健康檢查基準表所定學生口腔檢查項目包含齲齒、缺牙、咬合不正、口腔衛生不良及其他牙齒健康問題設計衛生教育教學活動及教材，提高學生牙齒健康自我管理素養，養成良好口腔保健習慣。

為符合健康篩檢之原則，在校學生健康檢查之口腔檢查採美國疾病管制與預防中心(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)建置的全國口腔健康監測系統，經由簡單的篩檢指標，提供即時、迅速的口腔健康數據，以供相關單位在研擬口腔健康公共衛生政策時之參考。

(一)牙齒檢查重點項目

未治療齲齒、已治療齲齒、恆牙第一大臼齒齲齒經驗、恆牙臼齒之窩溝封填以及口腔黏膜異常等，依年齡層略有差異，詳如下表：

各年齡層牙齒檢查重點項目

檢查項目年齡層	未治療 齲齒	已治療 齲齒	恆牙第一大臼 齒齲齒經驗	恆牙臼齒之 窩溝封填	口腔黏膜異常
國小（約6、10歲）	○	○	○	○	-
國中（約13歲）	○	○	○	-	○
高級中等學校（約16歲）	○	○	-	-	○

註：○為檢查重點項目

(二)檢查用具

口罩、手套、拋棄式口鏡、探針、檢查照明用燈（小型手電筒或頭燈）、備用電池、檢查牙醫師之醫師章、垃圾桶1個（內置感染性垃圾袋）、檢查結果紀錄表格（勾選檢查結果於表格中），（探針視需要備用）。

(三)檢查方法

「學生口腔健康檢查」是以直接目視篩檢法為主，僅需口鏡、探針及簡單之輔助光源，不需特殊設備及專業器械，在短時間內就可以完成。檢查前需指導學生實施餐後潔牙，避免食物殘渣影響檢查。

國小學生口腔健康檢查的項目包括：未治療齲齒、已治療齲齒、恆牙第一大臼齒齲齒經驗、恆牙臼齒之窩溝封填等4項指標。國中以上學生口腔健康檢查的項目除上述四項外，另增加第五項指標—口腔黏膜異常。高級中等學校學生口腔健康項目為：未治療齲齒、已治療齲齒及口腔黏膜異常。

1. 未治療齲齒

當篩檢人員能夠很明顯的看到下列第1或第2項特徵時，表示「有」「未治療齲齒」發生：

- (1)在牙釉質表面有至少直徑大於0.5mm的齲齒窩洞。
- (2)當齲齒窩洞直徑未超過0.5mm，但是窩洞的外牆（wall）呈棕色或深棕色（brown to dark-brown），或是透光度改變等現象。
- (3)同時符合上述第1或第2項標準的牙齒，就算有填補物或贊復牙冠（crown），也可以確定是有「未治療齲齒」。這兩項標準可以同時適用於溝隙部位以及平滑面的齲齒。
- (4)受檢者如果有至少1顆齲齒，不論是乳牙或是恆牙，在「未治療齲齒」這一項指標上，就記為「有」。
- (5)在進行篩檢時，一項很重要的基本原則就是：「當有所懷疑時，儘量採取保守原則」，也就是說，當您無法確定是否有齲齒存在時，就認定它是沒有齲齒。
- (6)斷裂或崩裂的牙齒，如果沒有發現窩洞，應視為健康的（sound）牙齒。
- (7)如果發現殘根（retained root），則反映出牙齒的牙冠全部都因齲蝕而毀壞，並記錄該名受檢學生為有「未治療齲齒」，記錄碼為「有」。
- (8)「無」表示受檢學生有一口完整的齒列，沒有任何的齲齒。他或她可能有缺牙、填補過的牙齒、甚至有斷裂的牙齒，重點是沒有未治療的窩洞。

2. 已治療齲齒

本檢查項目—「已治療齲齒」，決定於是否存在有：填補物、贊復牙冠，以及因齲齒遭拔除的牙齒狀況。恆牙及乳牙均同時列入考量。

口檢中常見的填補物：銀粉、與牙齒同色的填補物、以及暫時填補物。

在國小學童時期，最常見的贊復牙冠，是在乳牙的後牙常見的不鏽鋼贊復牙冠（stainless steel crown，SSC）。至於，與牙齒同色的贊復牙冠（複合樹酯），則較常見

於患有「幼兒早期性齲齒 (Early Childhood Caries, ECC)」的學童。受檢學生之口腔中有因齲齒而製作之贊復牙冠，在「已治療」中的記錄為「有」。

偶爾會在受檢學生當中發現陶瓷牙冠，如果發生在前牙，極有可能是外傷的結果。因外傷而製作之贊復牙冠，在「已治療齲齒」中的記錄為「無」。因此，檢查人員應詳細詢問受檢者對於外傷史的記憶，並據以做成記錄。

1位受檢的學生會被歸於「已治療齲齒」的第3個原因，就是他（她）缺少1顆或1顆以上的牙齒，如果缺牙部位是乳牙，則應考量一般換牙時間，以判斷是因為「正常換牙」或是因為「齲齒而被拔除之乳牙」亦或是「先天性缺牙」。如果缺牙部位是恆牙，則應考量是否因「外傷」或是「先天性缺牙」亦或是「因齒列矯正而拔除」，凡非因齲齒而拔除之牙齒，在「已治療齲齒」中的記錄均為「無」。

3. 恒牙第一大臼齒齲齒經驗

所謂「齲齒經驗」包括前述之已治療齲齒及未治療齲齒的定義，此項只是針對恆牙第一大臼齒實施。如果發現任何1顆恆牙第一大臼齒有「齲齒經驗」，則在「恆牙第一大臼齒齲齒經驗」中的記錄均為「有」，並請務必標註是「上顎」或「下顎」或二者皆是。

4. 恒牙臼齒之窩溝封填

有些窩溝封填劑是透明的或乳白色的。乳白色的窩溝封填劑很容易辨識，但是透明的窩溝封填劑就很難單靠視力辨認了。就算受檢者只有部分殘留的窩溝封填劑，記錄上也是屬於「有」「恆牙臼齒之窩溝封填」。

需要注意的是，本項只考慮恆牙中的大臼齒（第一、第二大臼齒），只要有一顆恆牙大臼齒做過窩溝封填，則記錄為「有」。如果檢查時發現有窩溝封填劑，但不在恆牙第一或第二大臼齒，則視為沒有使用窩溝封填劑，記錄為「無」。

當不易辨認時，可以使用牙科探針，協助口檢牙醫師判別牙齒上是否有窩溝封填劑。以觸覺來幫助判斷是否有窩溝封填劑時，主要的差別是在所接觸的牙齒表面是屬於平滑的（有窩溝封填劑），或是相對較為粗糙的（小窩及裂溝）。

5. 口腔黏膜異常

(1)「正常」：口腔頰側黏膜及嘴唇四周等軟組織皆無特殊異常之顏色附著及潰瘍傷口發生

(2)雖有潰瘍發生，但應再次詢問之發生時間，如尚未超過2週，則可歸為「正常」

(3)「需轉介」：如有下列之異常狀況時，請記為「需轉介」，並告知尋求更進一步專業診斷：

- A 同一部位超過2週以上未癒合的潰瘍傷口
- B 受檢者張口困難，張口程度小於3指
- C 口腔黏膜產生白色斑塊，表面平坦或稍突出，不能以擦拭的方式將其除去
- D 口腔黏膜產生均勻、瀰漫、界限清楚、表面絨毛狀且柔軟之紅色斑塊
- E 口腔黏膜產生粒狀紅色斑塊混雜小白斑

F 不明原因的腫大要特別注意。尤其是發生在上顎及口底部之不明腫塊（突起、贅生物或硬塊）

三、眼科檢查作業方法(視力及眼睛疾病的檢查)

(一) 色覺檢查 (辨色力檢查)

以石原氏綜合色盲檢查本，在自然光下請受檢者一一唸出各頁之數字。每一頁檢測項目不一樣，不得任意刪減頁數檢查，避免造成偽陰性之結果。若出現錯誤，即表示辨色力有問題。國小1年級階段若已完成檢查，並確立診斷者，於國中以上之其他階段宜視狀況決定是否仍須檢查。

(二) 斜視 (眼位) 檢查 (適用於國小新生檢查)

利用角膜光照反射法 (Hirschberg Test) 以及交替遮眼法 (Cover Test) 判定眼位是否正常。

1. 角膜光照反射法(Hirschberg Test)

用手電筒照射受檢者的眼睛，最好能誘導他的眼睛注視燈光。(注意不要太過強的光源) 通常我們都會在受檢者的黑眼珠（角膜）上看到燈光的反光點，正常人的反光點都會出現接近正中央處。如果一眼的反光點在正中央，而另一眼不在正中央，則必須懷疑是否眼位不正（斜視）。眼科醫師檢查時，當然可由不在正中央的角膜反光位置知道是內斜、外斜或上斜。但確切的診斷有時仍須藉助其他方法幫忙判定。

2. 交替遮眼法(Cover Test)

使用一遮眼板，先遮住受檢者任一眼，要他注視著，很快的把遮眼板由一眼移到另一眼時，正常人的眼球是不會動（除非注意力不集中，隨便動）。假如受檢者專心注視，而遮眼板由一眼轉至另一眼時，其眼球需要移動才能固視，這表示有斜視。原理是，遮右眼時，被遮蓋的右眼假如有斜視，比如說是內斜視，則眼球一定偏內，遮眼板由右眼移到左眼時，右眼便由原來內偏的位置轉到中央來看，我們就可以看到他的眼球由內往中央跑；正常時眼球都在中央，交替遮眼時不會出現移動現象的。

(三) 其他眼部異常

在充足照明輔助下，以視診方式檢查有無眼部其他異常，如眼瞼下垂、睫毛倒插、眼球震顫或其他異常現象（包括眼瞼、淚器、結膜、鞏膜等），如結膜蒼白、鞏膜黃膽。

1. 睫毛倒插（下眼皮）：用小手電筒照在下眼皮部位，請受檢者往下看，若內側睫毛和角膜有明顯接觸者即為睫毛倒插。
2. 眼瞼下垂（適用於國小新生檢查）：受檢者直視正前方，若上眼皮蓋住角膜高度的三分之一以上（或遮眼4毫米）者，即為眼瞼下垂。亦可使用小手電筒，正向照在眼球上，如果角膜的反射亮點和上眼瞼緣的距離祇有2毫米或以下時，即為眼瞼下垂。
3. 眼球震顫：（適用於國小新生檢查）：眼球無法固定凝視，會不自主地震動。
4. 其他（包括眼瞼、淚器、結膜、鞏膜等）之異常現象，若有發現請紀錄於其他欄位內。

四、耳鼻喉科檢查作業方法(聽力檢查)

(一) 最理想的國小學童之聽力檢查篩檢方法是純音聽力檢查(pure-tone audiometry)及鼓室圖檢查(tympanometry)，但礙於設備、人力及經費上的限制，也可以用音叉檢查法

(tuning fork test)及錶響檢查法(watch-tick test)進行該兩項檢查。但在施行上述檢查法時，施測者應了解上述這些檢查的限制，對於高危險群及病史上有懷疑的個案，應轉介做進一步的檢查。

(二)屬於下列高危險群的學童，在學齡前若未曾經由耳鼻喉專科醫師所檢查確定無聽力異常者，應建議學生接受標準的純音聽力檢查。

- a. 早產兒或出生時缺氧、需放置保溫箱。
- b. 母親懷孕時曾發生子宮內感染。
- c. 家族中有聽障幼兒。
- d. 頭頸部畸型。
- e. 出生時黃疸，需換血治療者。
- f. 曾患有其他可能影響聽力的疾病，如：腦膜炎、中耳炎。

(三)音叉聽力檢查及錶響聽力檢查應在安靜不受噪音干擾的場所依下面所述方法施行。

在安靜不受噪音干擾的場所，採韋伯試驗Weber test法評估，輕震512Hz音叉後，放在學生額頭正中線後方，詢問學生左右兩側中哪一側可以聽到較大的聲音。正常時聲音應在中央或左右相等，兩側不同則為異常。或以林內試驗Rinne test評估，將振動中的音叉置於耳後乳突部，請受檢者表明聽不到時間，評估骨傳導聲開始至結束時間(BC)，再將音叉移到耳朵旁，請受檢者表明聽不到時間，評估空氣傳導聲(AC)開始至結束時間。正常AC大於BC，異常AC小於BC。

(四)耳鼻喉檢查

1. 以視診檢查耳鼻喉是否有任何畸型、扁桃腺腫大、耳膜破損或積水、不正常分泌物等徵候。
2. 再以問診方式，了解學生是否有經常性或季節性鼻塞、打噴嚏、流鼻水、鼻癢、眼睛癢等鼻炎、鼻過敏症狀。
3. 構音檢查：請學生由1數到10，分辨其發音是否清晰。

承辦醫院訂定學生健康檢查之各項通知或表單：

1. 臺北市國民中小學高中職學生尿液初複檢家長通知單
2. 臺北市高中（職）學生檢驗檢查家長通知單
3. 血液檢驗報告異常就醫建議單(高中職適用)
4. 尿液檢查就醫建議單(國中小高中職均適用)
5. 國小蟯蟲複檢家長通知(治療藥品說明書)
6. 國小蟯蟲檢查就醫建議單
7. 高中職學生健檢血液檢查請學校配合作業
8. 高中職學生檢驗結果及就醫建議單
9. 臺北市學生健檢X光檢查巡迴車之安全評核表
10. 承辦醫院學生健康檢查評核表（醫院評核學校）
11. 承辦醫院學生健康檢查意外傷害處理標準作業流程及各院區行政窗口
12. 蟎蟲及尿液送檢紀錄單

臺北市各級學校114學年度學生尿液檢查家長通知單

本年度尿液初檢檢查項目為「尿糖」「尿蛋白」及「潛血」「酸鹼值」。一般而言，這些檢查項目結果均應為「陰性」反應屬正常；若為「陽性」反應則屬異常。若檢查報告為陰性者，不再另行通知；若為陽性者，將由學校另行通知再複檢一次。若報告出現異常反應，並不一定代表疾病的Existence，必須做追蹤檢查並諮詢專業人員的意見。為了學生健康請各位家長協助學生配合尿液檢查。

請於 年 月 日星期 ，學生到校時繳交給班級導師。為確保檢查結果之正確性，請家長於採集尿液檢體時配合下列注意事項：

1. 為避免影響結果，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)。
2. 檢查前一天晚上就寢前，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。
4. 將尿液試管蓋子壓緊蓋好，建議放入塑膠夾鏈袋且勿平放。
5. 標籤資料填寫完整且貼緊尿液試管。

尿液檢查異常結果說明：

檢查項目	正常結果	異常結果	異常結果可能原因	建議事項
尿 糖	陰 性	陽 性	嚴重壓力、藥物、糖尿病、胰臟炎、肝病變、甲狀腺疾病或腎臟疾病等。	建議追蹤檢查並做進一步檢查治療
尿蛋白	陰 性	陽 性	劇烈運動、姿勢性蛋白尿、壓力、食用過量肉類或蛋白質、天氣寒冷、藥物、發燒、高血壓、腎絲球炎或腎病症候群等。	請追蹤檢查，若為持續性尿蛋白，需請醫師診治以免延誤病情。
酸鹼值	5.0~8.0	<5.0或>8.0	異常者如睡眠、飯後、飲食習慣、尿路感染等。若PH值高於8即表示尿液呈鹼性，可能是尿路感染、發炎或腎功能不全等情形。若PH值低於5即表示尿液呈酸性，除飢餓狀況外，可能是糖尿病併發之酮尿症。	建議追蹤檢查並做進一步檢查治療
尿潛血	陰 性	陽 性	劇烈運動、月經、發燒、食用大量維他命或尿液放置過久易造成偽陽性、腎絲球炎、腎損傷、泌尿系統感染、結石或腫瘤等	建議追蹤檢查並做進一步檢查治療

另可能造成尿液酸性的食物：優格/優酪乳/起司等發酵食物、維生素B群、消化酵素、益生菌、過多的飲水(軟水--未含鈣、鎂礦物質的飲水)…等；造成尿液鹼性的食物：香蕉、巧克力、礦泉水及硬水(含鈣、鎂礦物質的水)、柳橙汁、馬鈴薯、菠菜、西瓜、制酸劑…等。

臺北市各級學校114學年度學生尿液複檢家長通知單

學校名稱：

姓名： 班級： 座號：

尿液檢查結果：

檢查項目	尿糖	尿蛋白	酸鹼值	潛血
檢查數值				
檢查結果				

尿液初檢檢查項目為「尿糖」「尿蛋白」及「潛血」「酸鹼值」。一般而言，這些檢查項目結果均應為「陰性」反應屬正常。若為「陽性」反應則屬異常。若此次複檢報告為陰性者，不再另行通知；若為陽性者，將由學校通知並發放「就醫建議單」。雖然偶爾一次出現異常反應，並不一定代表疾病的Existence，但亦不可忽視，必須做追蹤檢查，並諮詢專業人員的意見。本次依據初檢結果尿液呈現異常，為求謹慎確認學生健康，故再追蹤尿液檢查，請各位家長協助學生配合尿液複檢。

請於 年 月 日，星期 ，學生到校時繳交給班級導師。為確保檢查結果之正確性，請家長於採集尿液檢體時配合下列注意事項：

1. 為避免影響結果，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)。
2. 檢查前一天晚上就寢前，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。
4. 標籤資料填寫完整將尿瓶蓋好蓋子並旋緊。

尿液檢查意義：

1. 尿糖：正常情況下尿中沒有糖分，若呈現陽性(+)、(2+)，則可能是嚴重壓力、藥物、糖尿病、胰臟炎、肝病變、甲狀腺疾病或腎臟疾病等；建議進一步詳細檢查。
2. 尿蛋白：正常情況下尿中含有微量蛋白質(-)/(+/-)，若呈現陽性(+)、(2+)，可能原因如下：劇烈運動、站立過久、壓力、食用過量肉類或蛋白質、天氣寒冷、藥物、發燒、高血壓、腎絲球炎或腎病症候群等。建議追蹤檢查，若為持續性尿蛋白，需請醫師診治以免延誤病情。
3. 尿潛血：若尿中有帶血則呈現陽性(+)、(2+)…，陽性可能原因如下：激烈運動、女性生理期、發燒、食用大量維他命或尿液放置過久易造成偽陽性、疾病因素：如腎臟炎、腎損傷、泌尿系統感染、結石或腫瘤等。建議追蹤檢查並做進一步檢查治療。
4. 酸鹼值：正常尿液呈現弱酸性PH值應為5-8左右，異常可能原因如睡眠、飯後、飲食習慣、尿路感染、發炎或腎功能不全、飢餓狀況、糖尿病併發之酮尿症等。建議追蹤檢查並做進一步檢查治療。
5. 另可能造成尿液酸性的食物：優格/優酪乳/起司等發酵食物、維生素B群、消化酵素、益生菌、過多的飲水(軟水--未含鈣、鎂礦物質的飲水)…等；造成尿液鹼性的食物：香蕉、巧克力、礦泉水及硬水(含鈣、鎂礦物質的水)、柳橙汁、馬鈴薯、菠菜、西瓜、制酸劑…等。

本年度高中（職）新生學生檢驗檢查項目包含：胸部X光、血液與尿液檢查，重要說明如下：

- 一、上述檢查項目結果均應為「陰性」反應屬正常；若為「陽性」反應則屬異常。若檢查報告為陰性者，不再另行通知。
 - 二、上述檢查報告尿液陽性者，將由學校另行通知再複檢一次。經再次確認陽性者，將併同胸部X光與血液檢查陽性者，由醫師總評後請學校發給就醫建議書。上述建議書內容，並不一定代表疾病的Existence，但建議接受追蹤檢查，並進一步諮詢專業醫師。
 - 三、各項檢驗檢查，敬請各位家長協助學生配合如下：
- （一）尿液檢查：請學生檢查當日到校時繳交給班級導師。為確保檢查結果之正確性，於採集尿液檢體時為避免影響結果。
1. 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)。
 2. 檢查前一天晚上就寢前，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。
 4. 將尿液試管蓋子壓緊蓋好，建議放入塑膠夾鏈袋且勿平放。
 5. 標籤資料填寫完整且貼緊尿液試管。
- （二）胸部X光檢查：為避免影響判讀報告，檢查當日請受檢學生穿著運動服、並不可戴項鍊或其他金屬、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。
- （三）血液檢查：因抽血項目包括肝功能、腎功能、血脂肪等檢查，請受檢學生需至少空腹8小時，如身體有特殊狀況，請於抽血前告知工作人員。

尿液檢查異常結果說明：

檢查項目	正常結果	異常結果	異常結果可能原因	建議事項
尿糖	陰性	陽性	嚴重壓力、藥物、糖尿病、胰臟炎、肝病變、甲狀腺疾病或腎臟疾病等。	建議追蹤檢查並做進一步檢查治療
尿蛋白	陰性	陽性	劇烈運動、姿勢性蛋白尿、壓力、食用過量肉類或蛋白質、天氣寒冷、藥物、發燒、高血壓、腎絲球炎或腎病症候群等。	請追蹤檢查，若為持續性尿蛋白，需請醫師診治以免延誤病情。
酸鹼值	5.0~8.0	<5.0或>8.0	異常者如睡眠、飯後、飲食習慣、尿路感染等。若PH值高於8即表示尿液呈鹼性，可能是尿路感染、發炎或腎功能不全等情形。若PH值低於5即表示尿液呈酸性，除飢餓狀況外可能是糖尿病併發之酮尿症。	建議追蹤檢查並做進一步檢查治療

檢查項目	正常結果	異常結果	異常結果可能原因	建議事項
尿潛血	陰性	陽性	劇烈運動、月經、發燒、食用大量維他命或尿液放置過久易造成偽陽性、腎絲球炎、腎損傷、泌尿系統感染、結石或腫瘤等	建議追蹤檢查並做進一步檢查治療

另可能造成尿液酸性的食物：優格/優酪乳/起司等發酵食物、維生素B群、消化酵素、益生菌、過多的飲水(軟水--未含鈣、鎂礦物質的飲水)…等；造成尿液鹼性的食物：香蕉、巧克力、礦泉水及硬水(含鈣、鎂礦物質的水)、柳橙汁、馬鈴薯、菠菜、西瓜、制酸劑…等。

血液檢查異常結果說明

檢查項目	單位	參考值	提醒值 (異常值)	檢查意義
Hb 血紅素	g/dl	男:13.1-17.2 女:10.2-15.2	≤ 7.0	檢查的主要目的在於判定是否有貧血
WBC 白血球	$10^3/\mu l$	男:4.31-10.48 女:4.45-11.38	<2.5 ≥ 20	當體內有病菌入侵時，白血球數量會急速增加，抵抗病菌，白血球數會升高。
RBC 紅血球	$10^6/\mu l$	男:4.63-6.52 女:4.09-5.79	≤ 3.00 ≥ 7.50	紅血球的主要作用是將氧帶到身體各部位，同時將不必要的二氧化碳帶走，缺鐵性貧血及貧血症時減少。
PLT 血小板	$10^3/\mu l$	男:172-380 女:183-421	≤ 50 ≥ 600	數目高值時，可能為白血病、惡性貧血、中毒、傳染病等症，低值時，可能有出血的傾向，凝血功能不良。
MCV 平均紅血球容積	f1	男:75.0-91.5 女:74.0-92.7		代表紅血球平均體積，增高時為大紅血球症；減低時為小紅血球症。
SGOT 麸胺酸草酸轉胺酶	U/L	10-39	≥ 200	GOT偏高，顯示其在膽、心臟或腦部、血球等器官或細胞中發生異常。
SGPT 麸胺酸丙酮酸轉胺酶	U/L	7-42	≥ 200	大量存在於肝臟組織中，血清GPT上升表示肝臟損傷。
Creatinine 肌酸酐	mg/dl	男:0.7-1.2 女:0.5-1.0	男 >1.2 女 >1.0	腎臟功能障礙、激烈運動、大量攝取肉類後，血液及尿液的肌酸酐均會增高。
URIC ACID 尿酸	mg/dl	男:3.5-7.9 女:2.5-6.0	>12	體內嘌呤類 (purine) 的代謝物，以動物內臟含量最多。尿酸升高時，會沉著於關節、組織而形成痛風

檢查項目	單位	參考值	提醒值 (異常值)	檢查意義
Cholesterol 膽固醇	mg/dl	130-200 mg/dl 糖尿病患 <160 mg/dl	≥300	當血清中膽固醇含量過多，易引起糖尿病、動脈硬化症、高血壓；含量太低，則有貧血、肝硬化、營養不良之情況。
三酸甘油酯 Triglyceride	mg/dl	35-200 mg/dl 糖尿病患 <150 mg/dl	≥400	三酸甘油酯 Triglyceride 是由肝臟及脂肪細胞產生及儲存，是一種能量來源，過多時會跑到血液。另外食物的脂肪消化後也是來源之一。過多的三酸甘油酯 Triglyceride 會增加心臟病的風險三倍。
高密度脂膽固醇 HDL-C	mg/dl	男:>40 mg/dl 女:>50 mg/dl		HDL 於肝臟及小腸合成，高密度膽固醇可以驅動膽固醇的逆運轉，幫助清除血管壁當中過多的低密度膽固醇，將其帶回肝臟後經由膽汁與腸道排出體外，因此，血中 HDL-C 濃度愈高，愈能保持血管暢通，減少動脈硬化的機率。
飯前血糖 AC-Sugar	mg/dl	70-100 mg/dl 糖尿病前期: 101-125 mg/dl	≤50 ≥200	指空腹時血液中葡萄糖濃度，一般人理想範圍介於70~100mg/dl血糖升高可能為糖尿病，如血糖未有效控制在140mg/dl以下，即所稱”糖尿病”，如長期未治療，可能引起心臟血管、腦血管、神經障礙，眼底病變及腎臟機能障礙等併發症。
B 型肝炎表面抗原 HBsAg	有反應 (Reactive) 或無反應 (non-reactive)	-	-	感染B型肝炎的病人，體液中都會出現HBsAg，是感染病毒的肝細胞在細胞質中製造的，因此篩檢血液及血液製劑中有無HBsAg。
B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs	有反應 (Reactive) 或無反應 (non-reactive)	-	-	HBsAb有保護性，可抵抗HBV的感染，同時HBsAb也可用來偵測B型肝炎病患的痊癒及復原。

血液檢驗報告異常就醫建議單

學校名稱： 班 級： 座 號： 姓 名：

親愛的家長您好：

貴子女於 年 月 日 接受公私立高中職新生血液檢查，經本院初步判斷，您的血液檢驗結果為：

(參考：)。

為求更進一步診查，您可以自行選擇鄰近醫院進行檢查，或建議您將貴子女帶往承辦醫院或區域級以上醫療院所，進一步追蹤治療。

承辦醫院關心您！

承辦醫院 敬上

承辦醫院電話、地址

醫療院所	電話	地址

臺北市學生血液檢查異常就醫回覆單（學校回條聯）

學校名稱： 班 級： 座 號： 姓 名：

經至區域級以上醫療院所_____科就醫 建議如下：

正常不需進一步治療，門診繼續追蹤。診斷：_____異常追蹤治療。診斷：_____

醫師簽名：_____ 114年 月 日

家長簽名：_____ 114年 月 日

尿液檢查就醫建議單

學校名稱： 班級： 年 班 座號： 姓 名：

尿液檢查項目	參考值	初檢查結果	複檢查結果
尿 糖	陰 性(-)		
尿蛋白	陰 性(-)		
酸鹼值	5 ~ 8		
尿潛血	陰 性(-)		

檢驗師：_____

親愛的家長您好：

貴子女尿液檢查經篩檢呈陽性反應屬於異常現象，為了孩子的健康，建議您將貴子女帶往承辦醫院或區域級以上醫療院所小兒科，進一步追蹤治療。

承辦醫院關心您！

承辦醫院 敬上

承辦醫院掛號專線

醫療院所	電話	地址
掛號客服專線		

臺北市學生尿液檢驗檢查就醫回覆單（學校回條聯）

學校名稱：

班 級： 年 班 座號： 號 姓名：

經至區域級以上醫療院 科就醫 建議如下

正常不需進一步治療，門診繼續追蹤。診斷：異常追蹤治療。診斷：

醫師簽名：

114年 月 日

家長簽名：

114年 月 日

敬愛的家長：

我們肚子裡是否有寄生蟲，可以從檢查大便找到答案。但蛲蟲則例外，牠通常在夜晚爬行肛門周圍排卵，使受感染的孩童肛門搔養而睡不安穩。因此，要知道是否受到蛲蟲的感染，應以特製的黏膠黏貼肛門周圍，經顯微鏡檢查，最為簡便、確實而可行。這種膠紙肛門周圍蛲蟲檢查方法，以孩童早晨起床未上廁所（大號）前實施的檢出比率最高。因此，有勞貴家長的協助，共同為孩童的保健工作盡力。謝謝您的協助。

下圖是蛲蟲檢查用膠紙使用的步驟，請參閱。

蛲蟲檢查膠紙使用說明（如貴子弟無法自行處理，請家長代勞）

採樣時間：早上起床後，未上廁所或未清洗肛門前

SY 蛲蟲檢查用膠紙

學校名稱：_____ 年級班別：____年____班
姓 名：_____ 座 號：_____

對折線…… + ……對折線

1. 蛲蟲常在夜間爬行肛門周圍排卵，在早上起床後立即採卵，效果最好（請在晨起沐浴及大便前黏取）。
2. 撕本頁背面圓形離形紙，用本膠紙上膠面正中心十字型符號(+)對準肛門，以手指用力壓貼，用對折線對折黏上膠紙，並撕開下端長形離形紙黏住紙面，即完成採樣。
3. 採樣後請洗手，並將此膠紙放入一般塑膠袋帶回學校，再統一放入專用蛲蟲膠紙袋，統一回收檢查。
4. 謝謝合作！



1. 請填上學校名稱、班級、姓名、座號。
 2. 請撕下黃色圓圈貼紙，手持貼紙，貼面向上。
 3. 粘面向上在肛門口周圍稍稍用力壓貼5-6下。
 4. 圓型粘面對半對摺貼平並將長型貼紙黏下後對折貼上。
 5. 將貼紙繳交給導師收齊。
- ※請勿把撕下的黃色圓圈貼紙黏貼回去，以免影響判讀。

承辦醫院 敬上

蟓蟲檢查用藥醫囑

學校名稱： 班級： 座號： 姓名：

一、診斷日期：○年○月○日

二、主訴：肛門搔癢

三、檢查項目及結果：採用肛門膠帶擦拭法蟓蟲貼片檢查，檢查結果呈陽性反應

四、診斷或病名：蟓蟲感染

五、治療、處置或用藥等情形

提供陽性學童治療用藥，用藥後7日(含週六日)，請學生配合進行複檢

(一)藥品名稱：疳福錠(Mebendazole) 100公絲

(二)作用：Mebendazole 之驅蟲作用機序係直接阻斷感染寄生蟲之葡萄糖吸收而即刻耗盡其生活能力，進而不能生存而亡。Mebendazole 在體內僅微小部份由胃腸吸收，三天內由尿中以代謝物或原型物排出體外。

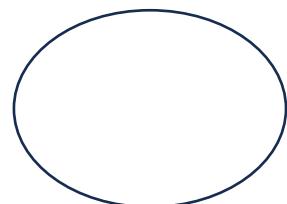
(三)用法用量：

小孩：學童口服一錠即可，服藥時不需禁食或清腸通便。

(四)注意事項：

1、本劑孕婦絕對禁用。

2、本劑僅供蟓蟲檢驗陽性之學童服用，但因蟓蟲極易造成家族間相互感染，家中成員若有嬰幼兒年齡在兩歲以下者，需經由門診醫師診斷後才能服用本劑。



醫師簽章：_____

年 月 日

承辦院區章

一、藥品名稱：疳福錠(Mebendazole) 100公絲

二、作用：Mebendazole 之驅蟲作用機序係直接阻斷感染寄生蟲之葡萄糖吸收而即刻耗盡其生活能力，進而不能生存而亡。Mebendazole 在體內僅微小部份由胃腸吸收，三天內由尿中以代謝物或原型物排出體外。

三、用法用量：

小孩：學童口服一錠即可，服藥時不需禁食或清腸通便。

四、注意事項：

、本劑孕婦絕對禁用。

、本劑僅供蟯蟲檢驗陽性之學童服用，但因蟯蟲極易造成家族間相互感染，家中成員若有嬰幼兒年齡在兩歲以下者，需經由門診醫師診斷後才能服用本劑。

若有任何疑問請洽詢臺北市聯合醫院 院區

♥♥承辦醫院關心您♥♥

蟣蟲檢查就醫建議單

學校名稱： 班級： 座號： 姓名：

親愛的家長您好：

貴子女經服藥治療後檢查結果仍呈陽性反應（檢驗師：_____），為了孩子的健康，建議您將貴子女帶往承辦醫院各院區或區域級以上醫療院所小兒科，近一步追蹤治療。承辦醫院關心您！

承辦醫院 敬上

承辦醫院掛號專線

醫療院所	電話	地址
掛號客服專線	2555-3000轉9 或1999轉888	臺北市大同區鄭州路145號

臺北市學生蟣蟲檢驗檢查就醫回覆單（學校回條聯）

學校名稱： 班級： 年 班 座號： 姓名：

經至區域級以上醫療院 科就醫 建議如下

正常不需進一步治療，門診繼續追蹤。診斷：異常追蹤治療。診斷：

醫師簽名： 114年 月 日

家長簽名： 114年 月 日

胸部X光檢查就醫建議單

學校名稱： 班級： 座號： 姓名：

親愛的家長您好：

貴子女於 年 月 日 接受公私立高中職新生胸部X光篩檢，經本院放射專科醫師(______ 院區_____ 醫師)初步判斷，您的胸部X光檢查結果為：

。為求更進一步診查，您可以自行選擇鄰近醫院進行檢查，或建議您將貴子女帶往承辦醫院各院區或區域級以上醫療院所，進一步追蹤治療。承辦醫院關心您！

承辦醫院 敬上

承辦醫院電話、地址

醫療院所	電話	地址

回條請於____月____日前繳回健康中心彙整

臺北市學生胸部X光檢查就醫回覆單（學校回條聯）

學校名稱： 班級： 座號： 姓名：

經至區域級以上醫療院所_____科就醫 建議如下：

正常

不需進一步治療，門診繼續追蹤。診斷：_____

異常追蹤治療。診斷：_____

醫師簽名：_____ 114年 月 日

家長簽名：_____ 114年 月 日

高中職學生健檢血液檢查請學校配合作業

1. 轉知學生配合需至少空腹8小時。
2. 現場環境需求（以3人設計，檢驗員增至7人，則請依人員增加抽血桌椅）

抽血桌	3張	每張：長 $\geq 70\text{cm}$ 以上、寬 $60\pm 5\text{cm}$ 、高 $65\sim 70\text{cm}$
抽血椅	6張	適合抽血桌高度
照明		抽血上方燈光要足夠明亮
臥榻	1張	暈針時使用
垃圾桶	1個	丟酒精棉（感染性垃圾袋醫院自備）

3. 現場需設抽血報到櫃檯(志工2名)，安排品管之檢體、協助核對身份及抽血管貼標籤。

醫院檢查作業

抽血用具-採血針、採血管、酒精棉(碘酒)、抽血枕、止血帶、廢針桶、3M 膠帶、感染性垃圾袋、急救藥品。

車號：

檢查日期及起迄時間： 年 月 日 時 分至 時 分

檢查項目		合格	不合格	不合格改善措施
1	巡迴車未占用行人道及車道公共安全(如附件)			
2	巡迴車橫越通道之電線有做保護措施，並固定(如附件)			
3	巡迴車X光檢查之環境沒有危害學生安全之虞			
4	巡迴車備有所需之警戒標示			
5	巡迴車有滅火器設備，有效日期()			
6	滅火器設備()型式，數量()支			
7	備有X光檢查巡迴車之緊急應變措施及標準作業流程			
8	執行X光檢查之放射師知道緊急事項發生之處理程序			
9	執行X光檢查之放射師知道緊急事項發生之緊急聯絡人 學校聯絡人職稱： 學校聯絡人姓名： 學校聯絡人電話： 手機：			
10	巡迴車地面開口地點設置有防止墜落措施			
11	巡迴車之出入門有安全護條，測試開關正常			
12	巡迴車有足夠照明且燈具無故障			
13	巡迴車備有急救箱			

備註說明：

聯合醫院代表

廠商代表

校方代表

說明：

1. 不合格項目必須全部改善至合格後，方可執行業務使用，其改正措施於備註欄填寫。
2. 本檢查表經放射師、學校代表核可後，由廠商連同人數證明單交至市立聯合醫院製檔存查。
3. 依據合約書訂定履約時間對廠商執行之人員、設備、儀器、車輛及安全措施，實施不定期查驗，若發現與契約規定或「專案執行計畫書」不符時，每一事件罰款2,000元，並請廠商立即改善，以維護履約品質；前揭事項發生次數累計達三次，將視嚴重影響履約品質之虞，得解除或終止合約。

附件-X光巡迴車線路外露之安全警告標示作業範例



豎立安全警告標示-三角錐



豎立安全警告標示-旗桿



膠布固定（光滑）通道

一、校方基本資料

學校代號： 學校名稱： 校護姓名：

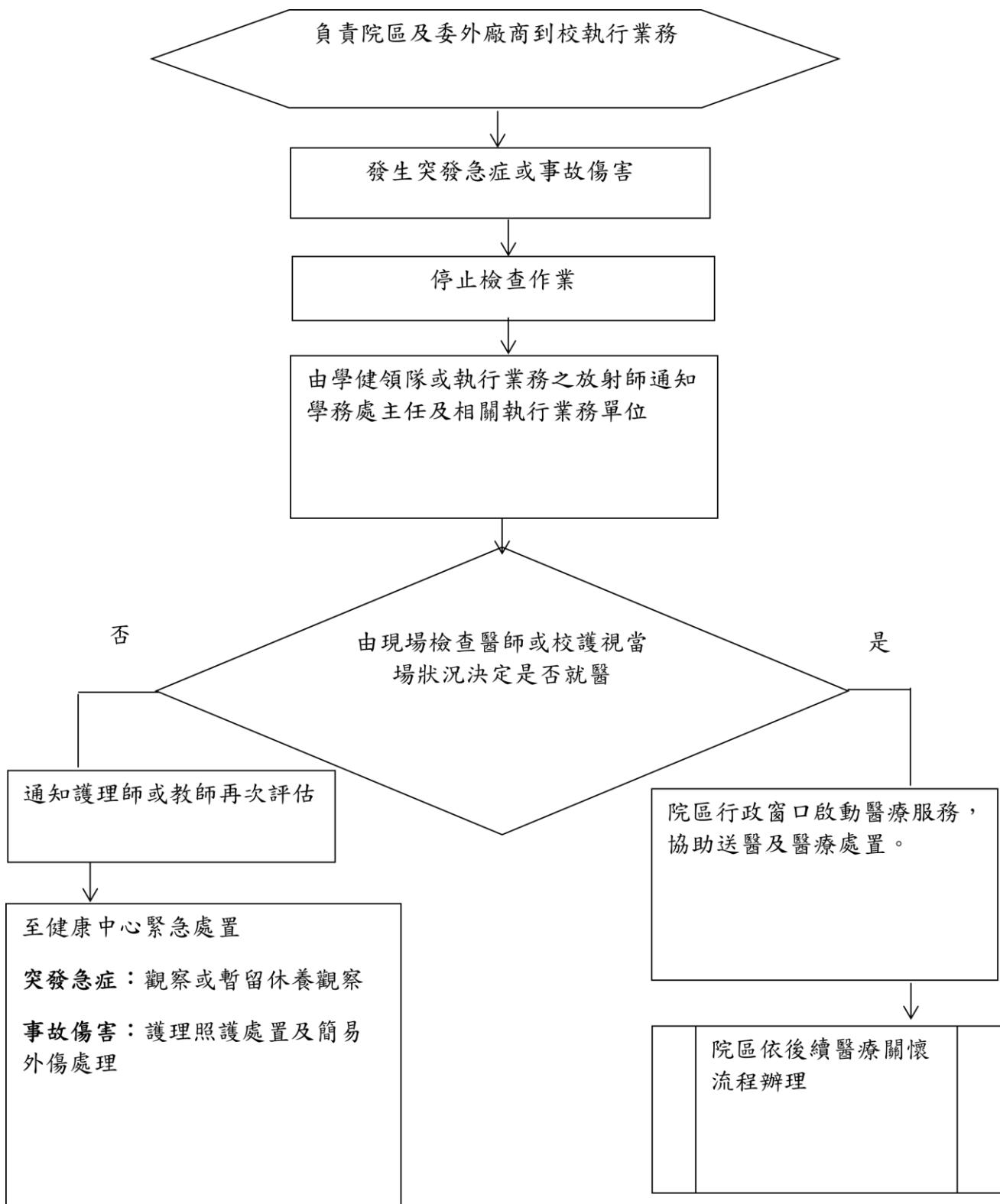
受檢日期： 年 月 日 上午 下午 實際受檢人數： _____

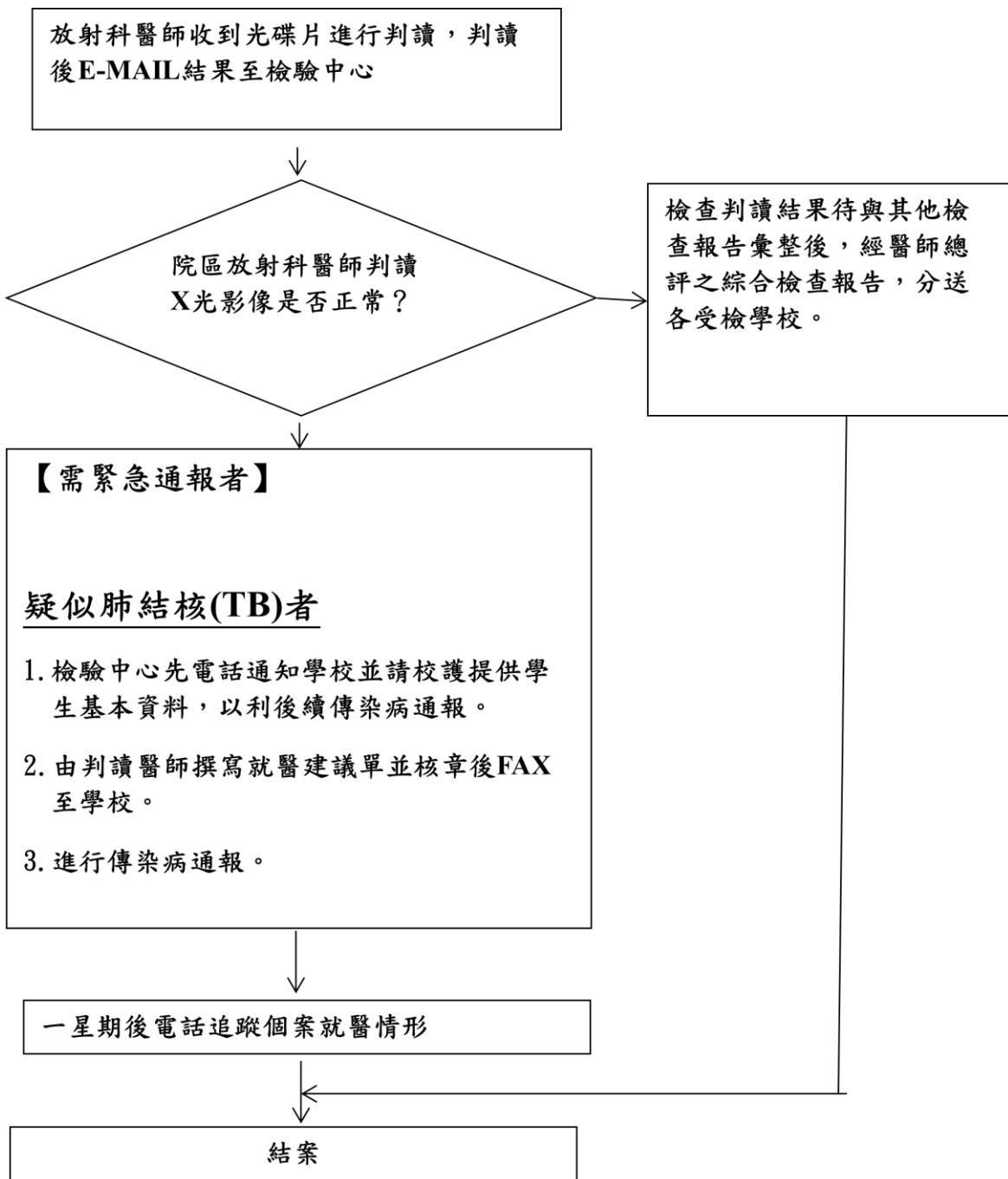
二、學生健檢工作評核意見

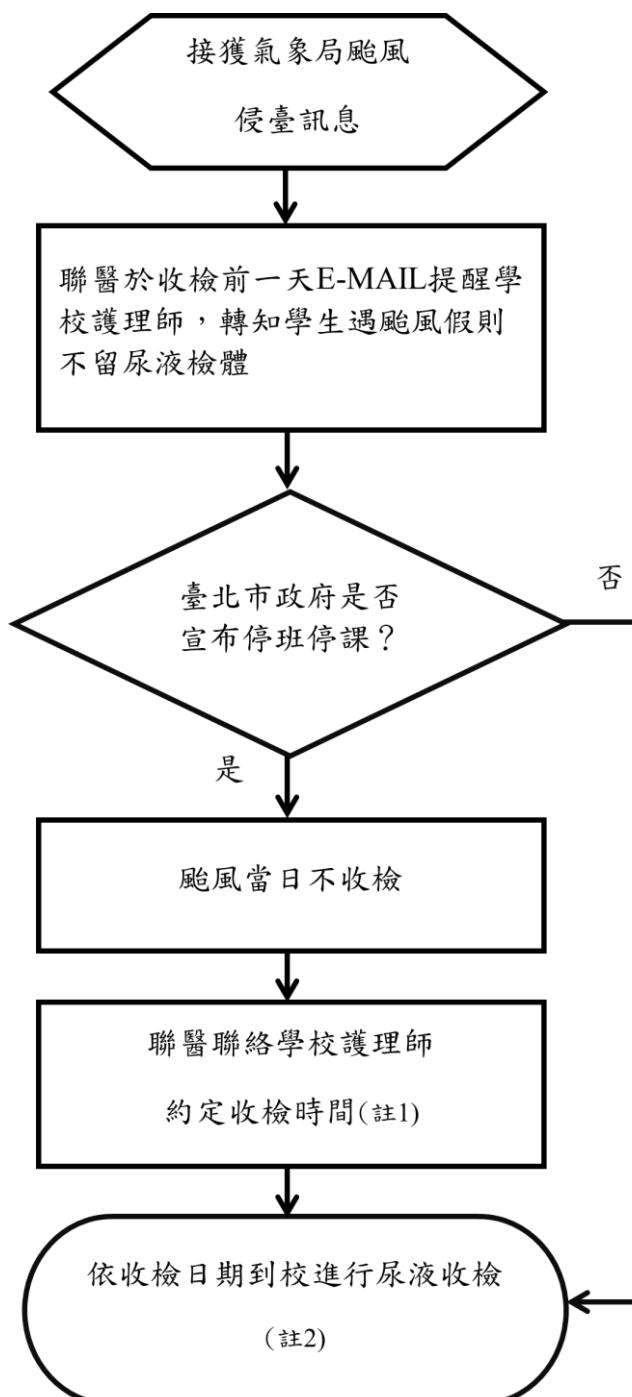
【備註】：上、下午檢查學校若有不同，請分開2張填寫，評核學校對健檢配合之品質。

	滿意程度				
	非常 滿意	滿 意	可 接 受	不 滿 意	非 常 不 滿 意
1. 安排檢查場所空間寬敞、通風良好	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
2. 設立標示牌，受檢進出路線流暢。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3. 泌尿生殖項目檢查場所設置隱密。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
4. 耳鼻喉科附近維持安靜秩序未影響聽力檢測。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
5. 檢查站硬體設備齊全，酌設候診座椅。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
6. 內兒科檢查場所設置簾幕（或單獨隔間）。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
7. 各科需準備之檢查材料齊全。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
8. 指導學生循規定路線受檢。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
9. 依事先約定時間安排受檢班級順序及人數。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
10. 候診學生與就診學生維持一定距離，未干擾醫師診斷。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
11. 學校安排工作人員，協助檢查作業並維持現場秩序。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
12. 下課時間，維持秩序並禁止非受檢學生進入。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
13. 其他意見：					

承辦醫院學生健康檢查事故傷害處理標準作業流程







備註：

註1. 衛材不足，請儘早告知不足。

註2. 收檢日因故無法送檢者，請學校可送至其他鄰近有收檢之學校或自行送至檢驗單位收檢。

承辦醫院學生健康檢查各院區行政聯絡窗口

院區	負責單位	連絡電話	窗口
中興院區	家醫科	2552-3234#6245	蔡佩真/王妙如
仁愛院區	家醫科	2709-3600#1063	安金文/張寓心
和平院區	家醫科	2388-9595#8051	張馨云
婦幼院區	家醫科	2391-6470#1206 2391-6470#2551	郭美辰
忠孝院區	家醫科	2786-1288#8300	賴秀玲
陽明院區	家醫科	2835-3456#5582	謝盈盈

114年學生健康檢查-實驗室檢查品管收集資料窗口

由114學年度各行政區學校護理師聯絡人擔任，相關配合辦理事項另函通知

區別	校別	學校名稱	各區負責 護理師	連絡電話	e-mail
松山	國小	西松國小	陳玉婷	2760-9221分機342	yuting@sups. tp. edu. tw
	國高中	中崙高中	陳文玉	2753-5316分機311	yu8436@gmail. com
信義	國小	三興國小	張美富	2736-4687分機127	00379@shps. tp. edu. tw
	國高中	永吉國中	周慧美	2767-0568 (專線)	luluamy@y j jh. tp. edu. tw
大安	國小	和平實小	施淑芬	2733-5900分機401	n47452001@yahoo. com. tw
	國高中	金華國中	王萩子	3393-1799分機362	cherrybamboo12@gmail. com
中山	國小	大佳國小	曹筱芸	2503-5816分機126	snoopy@djes. tp. edu. tw
	國高中	市大同高中	楊倩玲	2505-4269分機124	g1241@ttsh. tp. edu. tw
中正	國小	忠孝國小	蘇怡云	2391-8170分機825	emilys031077@gmail. com
	國高中	建國高中	李清珍	2303-4381分機313	stud41@gl. ck. tp. edu. tw
萬華	國小	龍山國小	戴麗禎	2308-2977分機724	lihjen0840@yahoo. com. tw
	國高中	大理高中	陶文裕	2302-6959分機139	t674@mailclass. tlsh. tp. edu. tw
大同	國小	延平國小	何佑萱	2594-2439分機627	kim32340000@ms. ypps. tp. edu. tw
	國高中	民權國中	蕭妃君	2593-1951分機125	mq125@mqjh. tw
南港	國小	舊莊國小	沈依靜	2782-1418分機125	zzesnurse@gmail. com
	國高中	成德國中	莊淑真	2651-5636分機341	u881111@yahoo. com. tw
北投	國小	文林國小	謝麗瓊	2823-4212分機306	pegge5807@gmail. com
	國高中	關渡國中	陳雅懿	2858-1770分機360	donor888@yahoo. com. tw
士林	國小	啟明學校	邱婉莉	2874-0670分機1206	1111y0670@yahoo. com. tw
	國高中	至善國中	陳衣蕾	2841-1350分機33	nur701117@gmail. com
內湖	國小	文湖國小	洪羚嬪	2658-3515分機6207	huser3@gm. whups. tp. edu. tw
	國高中	東湖國中	張麗玉	2633-0373分機637	liyu04930532@yahoo. com. tw
文山	國小	武功國小	李珮瑜	2931-4360分機31	101003@mail. wkps. tp. edu. tw
	國中	興福國中	林孟慧	2932-2024分機331	1mh2293@mail. hfjh. tp. edu. tw
	高中	木柵高工	黃智榆	2230-0506分機309	tramanda@mail. mcvs. tp. edu. tw