

# 新北市立錦和高級中學 學生健康檢查通知單暨同意書

親愛的家長您好：

為增進家長及學校更加瞭解 貴子女的健康情形，本校依「學生健康檢查實施辦法」辦理學生健康檢查。健康檢查是一種積極預防保健的篩檢措施，透過健康篩檢檢查結果可做為學生健康自我管理的依據，並提供教師做為安排學生學習活動之參考，透過檢查早期發現、早期治療，以維護及促進學生健康，並由教育部建置學生健康資訊系統進行全國學生健康情形統計分析，涉及個人資料部分，特定目的必要範圍內均依個人資料保護法之規定處理及利用。同時，若檢查有異常需要進一步複查矯治；若檢查結果為陰性表示檢查當時沒有明顯異常，對於未來的健康狀況，仍建議持續定期接受相關之健康檢查。

本校訂於 **115 年 10 月 28 日** 由宏恩醫院組成之健康檢查醫療團隊蒞校進行學生健康檢查，請貴家長詳閱辦理內容及相關注意事項說明：

## 一、檢查項目：

頭、頸、眼、耳、鼻、喉、口腔、胸部（胸腔及外觀：心臟與肺部聽診及胸廓異常等）、腹部（異常腫大及其他異常）、泌尿生殖器（僅限男生）、脊柱四肢、皮膚、尿液、血液、胸部 X 光檢查等。

## 二、血液檢查受檢者配合檢驗事項：

- （一）抽血前一晚請貴子女需禁食 8 小時，午夜 12 點後即不再進食。
- （二）抽血後才可進食（請受檢者務必準備早餐），如感到口渴請以白開水漱口。
- （三）受檢者必須配合採集血液檢體。本次檢查約需血液 5~10c.c。
- （四）檢查項目：血液常規（白血球、紅血球、血小板、血色素等）、肝功能、血脂肪（總膽固醇、三酸甘油酯）、腎功能（肌酸酐、尿酸、血尿素氮）、血清免疫學（B 型肝炎表面抗原、B 型肝炎表面抗體）、血糖檢查。

※受檢者在檢驗過程中可能發生之副作用與補充說明

抽血的過程中常見的不適感包含疼痛及暈眩，抽血後的副作用則包含抽血部位流血、瘀青或腫脹。一般而言，疼痛及暈眩的感覺在抽血結束後會消失。流血的副作用則在依照指示加壓止血之後停止。瘀青及腫脹的副作用通常在一週之內可以緩解。

## 三、胸部 X 光：胸前請勿配帶金屬物品及項鍊。

## 四、同意受檢，當天請勿缺席；若因故缺席，請通知老師轉知健康中心，並應配合另擇期補行檢查。

## 五、當天請穿著體育服裝（或上下身可分開的服裝），天氣冷可另加外套，避免穿緊身套頭服裝。

## 六、檢查前請做好個人衛生（潔牙、沐浴），以方便醫生檢查。

## 七、胸部（胸腔及外觀，心臟與肺部聽診及胸廓異常等）、腹部及男生泌尿生殖器檢查時，檢查場地會有安全及適當之遮蔽，並有老師、工作人員、志工或醫護人員在現場協助，維護學生隱私。檢查胸部、腹部時會需掀開上衣至胸部上緣露出整個胸廓至檢查位置，進行視診、聽診、觸診及叩診，心臟聽診檢查疑似心音異常者須加做心電圖檢查；檢查男生泌尿生殖器官時，會請受檢學生將褲子褪下，露出腹部和大腿，以便進行觸診及視診，請家長給予貴子女妥適說明，以減輕焦慮。

※基於尊重隱私權如家長 **不同意書子女在校內進行胸部（胸腔及外觀：心臟與肺部聽診及胸廓異常等）、腹部、泌尿生殖器、血液檢查**，請家長自行帶至醫療院所檢查，費用自理，並於 **11 月 16 日** 前繳交正式檢查報告至健康中心彙整。

## 八、本校執行健康檢查工作完成時，會發給學生「健康檢查結果通知單」，若檢查結果初步發現有異常，請家長陪同子女前往鄰近醫療院所進行複查，將複查及矯治結果註記於「複檢矯治報告回條聯」，並交給學校承辦老師。學校將依初複檢結果建立健康資料，進行學生健康追蹤管理。

## 九、如有任何疑問，歡迎家長逕洽學校衛生組或健康中心詢問，電話：22498566，分機 237、299。

## 十、協辦醫療院所：宏恩醫院（健康管理中心），聯絡電話：02-27713161#266 聯絡人：王小姐

感謝家長對本次活動的支持，敬請繼續與我們共同關心貴子女的健康，養成學生良好的衛生保健習慣。

**健康檢查時間地點：115 年 10 月 28 日 星期三 08：00 起於本校樂活館辦理。**

新北市錦和高級中學 學生健康檢查回條暨受檢同意書

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_班 座號\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ (請於 115 年 9 月 30 日前繳回)

家長聯絡事項：

- 一、家長或監護人於簽署前，應確實了解健康檢查之項目及內容，並向貴子女妥適說明，以減輕焦慮。
- 二、參閱內容說明後，茲僅以勾選方式請在 A、B 二選項中勾選其一，並在勾選項目欄位下方以原子筆簽中文全名，勿用鉛筆或擦擦筆。
- 三、胸部（胸腔及外觀）檢查項目：心臟與肺部聽診及胸廓異常等
- 四、腹部檢查項目：異常腫大及其他異常

| 內 容 說 明                                                   | 家 長 簽 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A、本人（家長或監護人）及學生已詳閱並知悉本通知各項說明，並同意在校內配合健康檢查各項內容實施檢查。        | A、 <input type="checkbox"/> 同意並在校內接受所有健康檢查【含胸部（胸腔及外觀）、腹部、泌尿生殖器檢查（僅限男生）、血液】<br><br>家長簽中文全名，勿用鉛筆或擦擦筆：_____                                                                                                                                                                                                                            |
| B、本人（家長或監護人）及學生已詳閱並知悉本通知各項說明，配合健康檢查，但不同意在校內接受右方欄位勾選項目之檢查。 | B、 <input type="checkbox"/> 不同意在校內檢查下列勾選項目（請以勾選方式勾選下列項目）：<br><br><input type="checkbox"/> 胸部（胸腔及外觀）：心臟與肺部聽診及胸廓異常等<br><br><input type="checkbox"/> 腹部<br><br><input type="checkbox"/> 血液<br><br><input type="checkbox"/> 泌尿生殖器檢查（僅限男生）<br><br>※不同意接受檢查項目，會自行帶至醫療院所檢查，費用自理並於 11 月 16 日前繳交正式檢查報告至健康中心彙整。<br><br>家長簽中文全名，勿用鉛筆或擦擦筆：_____ |

