

國立體育大學 114 學年學生健康檢查實施計畫

114.6.16 更修

一、法規依據：

- (一)學校衛生法。
- (二)學生健康檢查實施辦法。
- (三)國立體育大學全校學生健康檢查實施辦法。

二、實施對象：

- (一)本校新生(含外籍生、交換學生、轉學生、復學生、碩一生、博一生)。
- (二)本校未受檢之舊生。
- (三)以上其他之本校學生。

三、健檢方式：

(一)自行選擇醫院體檢，依規定時間於 114 年 9 月 5 日 以前繳交如下資料至各系辦，延遲將不列入住宿加點

步驟一：自行選擇醫院體檢之報告有效日期為 114 年 6 月 5 日-114 年 9 月 5 日 三個月內，檢查項目符合 健康檢查實施辦法。(學務處→法令規章→生活輔導暨健康促進組網頁查詢)(註1)

步驟二：務必填寫 學生資料卡(附件)並攜帶至醫院進行檢查。(學務處→生活輔導暨健康促進組(健康促進組)→健康檢查網頁下載)(註2)

步驟三：繳交體檢報告與學生資料卡並於 自行選擇醫院體檢人員報告繳交登記表 上簽名，請各系所一律於 114 年 9 月 27 日中午 12 時前 將彙整資料以簡簽方式送至本組。

(二)自行前往特約醫院(註3)：

請依規定時間於 114 年 6 月 5 日至 9 月 5 日 自行前往今年特約醫院做檢查，延遲將不列入住宿加點(特約醫院相關訊息請見本校學務處生活輔導暨健康促進組(健康促進業務)－健康檢查網頁公告)

步驟一：採事先電話預約，費用與項目方可與校內舉辦相同，於醫院現場繳費。

步驟二：務必填寫 學生資料卡。(學務處→生活輔導暨健康促進組(健康促進業務)→健康檢查網頁下載)。

步驟三：統一發放體檢報告訂於 114 年 10 月 21 日(週二) 下午請親自至本組領取並簽名(限 114 年 9 月 5 日 以前受檢者)。

※(三)參加本校舉辦之健康檢查(註4)：

步驟一：準時參加於 114 年 9 月 5 日(週五) 上午 7 時至 11 時 30 分舉辦之健康檢查，各系分配時間如下，受檢前請空腹 8 小時(詳見注意事項)。

地點：體育館

步驟二：現場繳交費用(費用：俟招標作業結果後公告)，繳費者需簽名確認。

※僅低收入戶者，於本校舉辦之體檢當日持縣市政府核發之低收入戶證明正本(查驗)、副本(存查)，免收健檢費用。

步驟三：於114年10月21日（週二）下午2時至4時統一發放體檢報告，請各班班代或系辦親自至本組領取並於領取體檢報告簽名單上簽名。

1.9月5日體檢當天各系時間分配表：（請各系依時間規定到達）

學院	系級	報到時間	開始時間
競技學院	大學部陸上系一年級	06:50	07:00
	大學部球類系一年級	07:10	07:20
	大學部技擊系一年級	07:30	07:40
	大學部競技原專一年級	07:45	07:55
	研究所一年級	08:00	08:10
體育學院	大學部體推系一年級	08:00	08:10
	大學部適體系一年級	08:25	08:35
	大學部體推原專一年級	08:40	08:50
	研究所一年級	08:55	09:05
管理學院	大學部產經系一年級	09:20	09:30
	研究所一年級	09:35	09:45
健康學院	大學部運保系一年級	09:50	10:00
	研究所一年級	10:05	10:15
不分學院	舊生、在職專班生	10:20	10:30

2. 疾病追蹤矯治-嚴重異常通知、辦理免費重大複檢與健康諮詢服務：

- (1)有參加今年特約醫院舉辦之健康檢查者，請收到電話通知或通知單之同學撥空參加複檢，以維護您的健康。
- (2)若屬體檢嚴重異常者將於114年9月22日前緊急電話通知家長與同學並追蹤。
- (3)屬重大異常複檢者於114年10月28日上午9時00分至11時30分參加複檢(將發出個別通知)，公告本校重要異常項目複檢項目為：GOT、GPT任何一項大於100 U/L(免費到院做肝臟超音波檢查及抽血檢驗AFP胎兒蛋白)、腎功能異常(複檢後仍異常提供免費到院做腎臟超音波檢查)、尿酸大於10 mg/dL、白血球數低於2,500 個/mm³或高於13,000 個/mm³、紅血球數低於350 萬個/mm³、血小板數低於10 萬個/mm³、血色素低於10 g/dL、胸部X光異常(心臟肥大、陰影、腫塊、肺結核)、心電圖異常(異常Q波、WPW症候群、LAH)、膽固醇大於300 mg/dL、空腹血糖值大於126 mg/dL當日有醫師評估與諮詢服務。
- (4)任何同學若您健康檢查數據有不正常之項目，請您不要過於擔憂，但也不能輕視忽略，請多善用本組門診時間，時間為每雙週四上午9時至11時，請您攜帶健康檢查報告，本組將安排駐診醫師提供免費健康諮詢。

3. 注意事項：

- (1)住宿加點說明:依本次規劃三種健檢方式辦理，依規定時間內繳交有效健檢報告(方法

一) 或參加今年特約醫院舉辦之健康檢查者(方法二、三),於114年12月16日以前將完成名單通知給各班導師,請有參加者務必進行確認,如有任何問題於一個月內受理,預計於115年1月24日彙整正確名單送至審查宿舍加分單位為住宿加點之依據。

(2)請攜帶1吋或2吋大頭照。

(3)當天繳完費用必須簽名再進行檢查。

(4)受檢當日請著輕便衣物,儘量勿著套裝、絲襪褲襪、勿戴項鍊及金屬飾品

(5)醫師建議抽血前請依標準必須**禁食8小時,最少6小時以上,但請正常喝水,避免飲用任何含糖飲料,以免影響您的檢查結果,造成不必要之擔憂。**

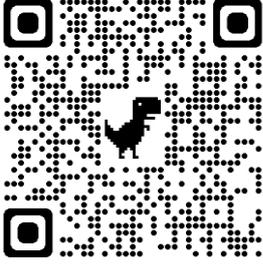
(6)檢查當日必須事前空腹六小時以上,並禁飲咖啡、濃茶、酗酒、抽菸,如有慢性疾病之常規用藥,請繼續按時服用。(如果無法禁食那麼長時間,請在體檢前與醫師說明,以免造成血糖過高及膽固醇異常之問題)

(7)本說明如有未盡事宜,悉依「國立體育大學全校學生健康檢查實施辦法」、國立體育大學學生宿舍輔導辦法辦理,請至學務處→法令規章→生活輔導暨健康促進組網頁可查詢。

(8)以上事宜若有相關問題請逕洽生活輔導暨健康促進組或上網查詢生活輔導暨健康促進組(健康促進業務)－健康檢查網頁查閱相關資料,祝大家健康快樂!

洽詢電話:(03)-328-3201 轉分機 2016(黃慧綺護理師) E-mail:abby88899@ntsu.edu.tw

■備註:

註1: 本校健康檢查網頁	註2: 學生資料卡
	
註3: 特約醫院交通圖及注意事項	
	

依「國立體育大學學生宿舍輔導辦法」第二十三條第二項第六款規定「健康檢查報告於第一學期開學後3天內繳交者,加5點。」;自行到院受檢者其體檢報告須符合本校學生健康檢查規定之項目受檢(如上述「學生資料卡」),且有效期間為3個月內(114年6月5日至9月5日期間)之體檢報告,並於開學後3天內(114年9月10日以前)繳交至健康中心。

※備註:

未受檢影響:除了無法了解自身健康及相關預防外,另將無法受聘於本校工讀生或領受本校獎助學金(依據107年8月30日國體大學字第1070700169號函辦理)。

國立體育大學學生健康資料卡

檢查日期： 年 月 日

學生基本資料	姓名			學號			入學日期			相片黏貼處
	系所班級			身分證字號						
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		血型			出生日期	年 月 日		
	戶籍地址					學生本人行動電話				
	現住地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：								
	緊急聯絡人、監護人或附近親友	姓名	電話(家)	電話(公)	關係	行動電話				
<p>個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病</p> <p> <input type="checkbox"/>1.無 <input type="checkbox"/>8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/>15.海洋性貧血：_____ </p> <p> <input type="checkbox"/>2.肺結核 <input type="checkbox"/>9.血友病 <input type="checkbox"/>16.重大手術名稱：_____ </p> <p> <input type="checkbox"/>3.心臟病 <input type="checkbox"/>10.蠶豆症 <input type="checkbox"/>17.過敏物質名稱：_____ </p> <p> <input type="checkbox"/>4.肝炎 <input type="checkbox"/>11.關節炎 <input type="checkbox"/>18.其他：_____ </p> <p> <input type="checkbox"/>5.氣喘 <input type="checkbox"/>12.糖尿病 </p> <p> <input type="checkbox"/>6.腎臟病 <input type="checkbox"/>13.心理或精神疾病：_____ </p> <p> <input type="checkbox"/>7.癲癇 <input type="checkbox"/>14.癌症：_____ </p>										
健康基本資料	特殊疾病現況或應注意事項							<input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要(如✓請檢附)		
	高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於500度？ <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.不知道									
	領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，類別： 領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，類別：_____，等級： <input type="checkbox"/> 1.輕度 <input type="checkbox"/> 2.中度 <input type="checkbox"/> 3.重度 <input type="checkbox"/> 4.極重度									
	特殊疾病現況或應注意事項： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有(請描述)：_____ 若有上述疾病尚未痊癒或仍在治療中，請主動告知並提供就診病歷摘要，以作為照護參考。									
生活型態	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_____									
	※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"/> 每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> 不足7小時 <input type="checkbox"/> 時常失眠									
	2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> 都不吃 <input type="checkbox"/> 有時吃，吃_____天 <input type="checkbox"/> 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"/> 0天 <input type="checkbox"/> 1天 <input type="checkbox"/> 2天 <input type="checkbox"/> 3天 <input type="checkbox"/> 4天 <input type="checkbox"/> 5天 <input type="checkbox"/> 6天 <input type="checkbox"/> 7天									
	4. 過去一個月內，你吸菸/煙(包括傳統紙菸、電子煙及加熱式菸品等新興菸品)情形？ <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 已戒除 <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 有時喝酒 <input type="checkbox"/> 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"/> 已戒除，勾選「每天喝酒」者，需進一步選擇每天喝酒杯數，1杯的定義為啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml。									
	6. 過去一個月內，你嚼檳榔情形？ <input type="checkbox"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 已戒除									
	7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常									
	8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時 <input type="checkbox"/> 時常									
	9. 過去7天內，你多久排便一次？ <input type="checkbox"/> 每天至少一次 <input type="checkbox"/> 兩天 <input type="checkbox"/> 三天 <input type="checkbox"/> 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"/> 不到2小時 <input type="checkbox"/> 約2-4小時 <input type="checkbox"/> 約4小時以上，_____小時									
	11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> 0次 <input type="checkbox"/> 1次 <input type="checkbox"/> 2次 <input type="checkbox"/> 3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"/> 每半年一次 <input type="checkbox"/> 每年一次 <input type="checkbox"/> 一年以上 <input type="checkbox"/> 從來沒有										
13. 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 嚴重 <input type="checkbox"/> 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？請敘述： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是										

全身檢查項目	檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選）					
一般及理學檢查					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：左眼_____	右眼_____	矯正視力：左眼_____	右眼_____		
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： <input type="checkbox"/> 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"/> 青蛙肢（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	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 缺牙（因齲齒拔除）： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 已矯治牙齒： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 牙齦炎※： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 牙結石※： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 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						
尿液	尿蛋白：	酮體：	尿糖：	潛血：	酸鹼值：	
血液常規	白血球 WBC：	$x10^3/\mu L$		平均血球容積：	fI	
	紅血球 RBC：	$x10^6/\mu L$		血球容積比：	%	
	血色素 Hb：	g/dl	飯前血糖	mg/dL	血小板： $x10^3/\mu L$	
肝功能	麩草醋酸轉胺酶（GOT）：		U/L	麩丙酮酸轉胺酶（GPT）：		
肝炎	B 型肝炎表面抗原：		B 型肝炎表面抗體 HbsAb：	B 型肝炎 e 抗原 HbeAg：		
腎功能	血尿素氮：	mg/dl	肌酐酸：	mg/dl	尿酸：	
血脂肪	總膽固醇：	mg/dl	三酸甘油脂：	mg/dl	高密度脂蛋白膽固醇：	
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"/> 其他_____			靜態心電圖 檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	<ul style="list-style-type: none"> 務必加蓋醫院印章，否則視同無效 醫生簽章： 					
矯治追蹤紀錄： <input type="checkbox"/> 需要參加學校追蹤矯治詳如追蹤紀錄（或 複查矯治、日期及備註）						