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04月23日修訂臺教綜(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，敎育局委請市立聯合醫院（中興）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。

1. 檢查費用：免費，臺北市政府教育局專案補助。
2. 檢查日期：110年09月27日(星期一)。

| 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、恆牙大臼齒之窩溝封填、牙結石、牙齦炎及其他異常 | ○ | ○ | ○ |
| 耳鼻喉 | 聽力 | ○ | ○ | ○ |
| 耳道畸形 | ○ | ○ | X |
| 耳膜破損、耳前瘻管、耳垢栓塞、扁桃腺腫大及其他異常 | ○ | ○ | X |
| 胸部 | 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、肢體畸形、蹲距困難及其他異常 | ○ | ○ | ○ |
| 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） | 隱睪 |  |  | X |
| 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睪、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。

**說明：**

 **○** 指該年級應檢查項目 **X**指該年級不須要檢查項目

 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，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**。

1. 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。上述檢查因涉及隱私，會有簾幕、屏風遮蔽，醫院工作人員或愛心義工會在檢查空間內給予協助。 4.※承辦醫院因人力調度，不一定有與受檢學生同性別醫師，檢查當天對於胸、腹部檢查，醫院會尊重學生意願，請家長及學生於同意書回條簽名確認。 |

**5.承辦醫院以學生身分證字號建置蟯蟲、尿液檢驗及理學檢查資料，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，由教育部及教育局辦理統計分析。**

1. ※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。

臺北市大直高中健康中心 聯絡電話：25334017\*138

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

 **臺北市大直高中國中部學生健康檢查家長同意書回條**

回條請於110年09月03日前

繳回健康中心彙整

　　　年 　　　　班 座號 　　　　　　 姓名：

**請家長在以下1.2選項勾選您同意之項目，並在該選項簽名確認，請用原子筆勿用鉛筆**

|  |  |
| --- | --- |
| □ 1.已詳閱本通知各項說明，同意接受健康檢查(包含：胸、腹部檢查，男生增加泌尿生殖器檢查)。 | □ 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，不同意接受檢查。家長自行陪同子女至醫療院所檢查，**費用自理，並於110年10月29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（請勾選）：□ 胸、腹部檢查□ 泌尿生殖器檢查**(男生)**  |
| **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 |

**因檢查當日需志工協助，若家長您有時間及意願，歡迎選取您方便的時間，將再與您連繫後續事宜，竭誠邀請您共同參與：(國中家長可選高中時段，反之亦然)**

**□不方便 ( 以下資料免填 )**

**□方便 \_\_\_09/27(一) 09:00-12:00(國701-708) 、\_\_\_09/28 (二)07:50-10:00 (高一抽血)**

 **\_\_\_09/27(一) 13:10-16:00 (國709、高101-105) 、\_\_\_09/28 (二) 13:10-16:00 (高106-110)**

**家長姓名: 連絡電話:**

 **健康中心敬啟**