

衛生保健組健康檢查作業說明

新鮮人：

恭喜您金榜題名！

本校依據學校衛生法第八條與第九條得辦理學生健康檢查或特定疾病檢查。

健檢有兩種方式，請擇其一：

一、學校團體健檢：

本校寄發的新生入學資料袋中，內含「健康檢查資料卡」，請將此卡基本資料填寫完整，帶至學校健檢現場接受健檢(地點：女生宿舍松濤美食廣場)。健檢費每人 600 元，於新生健檢當天現場繳交。

二、自行健檢：

請攜帶本校寄發的新生入學資料中之「健康檢查資料卡」自行前往至合格公、私立醫院完成健檢，並蓋上健檢單位證明章後(請自行留存影本)，於開學後 1 個月內繳交至衛生保健組(海事博物館樓下 M111)，始完成健檢手續。

此次學校團體健檢特別委託信譽良好，且承接多所大專校院學生健檢之「宏恩醫院」專業健檢機構負責健檢作業。期以最專業的陣容做最縝密的檢查，相信能替入學之莘莘學子們作健康把關工作，使達早期發現健康問題，早期治療之目的，在此非常歡迎您的加入，也預祝各位能擁有健康快樂的大學生活！

學務處衛生保健組 謹啟

相關事項：

一、未收到健康檢查資料卡，可自行至網頁下載列印或健檢當天於繳費處索取。

二、檢查時間：105 年 9 月 8 日、9 日，請看健康檢查時間表，上午 8:30 至 11:30 下午 13:00 至 16:00，受理健檢，請上活動報名系統網址：<http://enroll.tku.edu.tw/>報名。

二、檢查地點：淡水校園 女生宿舍松濤美食廣場前

三、檢查費用：**每人計新台幣六百元整，於當天健檢現場繳交。**

四、檢查項目：

- 1.一般檢查：身高、體重、脈搏、血壓、視力、聽力、口腔及理學檢查。
- 2.尿液檢查：尿蛋白、尿糖、尿潛血、酸鹼值。
- 3.X光檢查：胸部X光。
- 4.抽血檢查：全血球計數(CBC)、B型肝炎(HBsAg、Anti-HBs)、肝功能(SGOT、SGPT)、腎功能、尿酸(UA)、肌酸酐(CRE)、膽固醇(T-CHOL)。

五、檢查手續：

1.請按規定時間至健康檢查報到處報到，報到時需繳「費用NT:600元」、「**健康檢查資料表**」。

2.檢查完畢，請將「健康檢查資料卡」繳回給總檢查處確認，始完成健檢手續。

3.無法如期參加本校健檢之處理方式：

1)可以直接就近到當地醫院健檢，並非一定要去本校特約醫院(例如台北市立聯合醫院各院區、馬偕、國泰、新光醫院、各縣市立醫院等皆可)並於 9 月 30 日前將「淡江大學學生健康檢查資料卡」繳回至衛保組，始完成健檢手續。

2)至本校委託健檢單位檢查：宏恩醫院健康檢查中心(仍提供優惠價)

9 月 15 日起至 9 月 30 日前，填畢「淡江大學學生健康檢查資料卡」正面個人資料及問卷項目，攜帶健保卡及此資料卡、現金 600 元自行前往檢查，最好事先預約，地址：台北市仁愛路 4 段 61 號。電話：(02)2771-3161 轉 262。

六、注意事項：

- 1.健檢當日不須空腹。(檢查當日可少量進食與飲水,以免飢餓過度造成身體不適)。
- 2.配戴眼鏡者,檢查當天請務必攜帶,以便測量矯正後視力。
- 3.X光檢查:請穿著無鈕扣、無金屬配件之上衣,如有懷孕,檢查前請先告知工作人員。
- 4.尿液檢查:尿液檢體請截取中段尿,如遇生理期仍需做尿液檢查,收集檢體時請告知檢驗人員另做註記。
- 5.健康檢查結果於10月底前由廠商寄發至家裡,未收到健檢結果通知單者可於11月初親自至衛生保健組查詢。
- 6.若您有任何健康檢查相關問題,請上本組網站查詢,或電洽 02-2621-5656 轉 2373。

新生健康檢查時間表

分2梯次(天)辦理,新生(含大學部、進學班、轉學生、研究所)均須參加,請確認所屬學院時間與地點

體檢日期	9月8日(四)	9月9日(五)
地點	女生宿舍松濤美食廣場	
時間	參加科系、所 新生(包含大學部、進學班、轉學生、研究所)	
上午	08:30	商管學院
	09:30	經濟系 國企系 保險系
	09:30	商管學院
	10:30	產經系 財金系
下午	10:30	理學院
	11:30	理學院尖端材料科學學士學位學程 數學系 物理系 化學系
	13:00	商管學院
	14:30	會計系 企管系 管理科學系 資管系 商管學院全球財務管理全英語學士學位學程
下午	14:30	商管學院
	16:00	統計系 運管系 公行系

淡江大學 學生健康資料卡

大學部日間 進學班 轉學生 復學生 外藉生、交換生 僑生、陸生 碩士 博士

※此頁請於健檢前學生自行填寫 *於檢查當天繳交*

學號	
----	--

學生基本資料	入學日期	年 月	就讀系所、班 (組)別			姓名														
	出生日期	年 月 日	血型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號													
	戶籍地址											學生本人								
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右:										行動電話								
	緊急聯絡人、 監護人或 附近親友	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話														

健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病										特殊疾病現況或應注意事項				
	<input type="checkbox"/> 1.無	<input type="checkbox"/> 7.癲癇	<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____			<input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要									
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 14.癌症：_____												
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病	<input type="checkbox"/> 9.血友病	<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____												
<input type="checkbox"/> 4.肝炎	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症	<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____													
<input type="checkbox"/> 5.氣喘	<input type="checkbox"/> 11.關節炎	<input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____													
<input type="checkbox"/> 6.腎臟病	<input type="checkbox"/> 12.糖尿病	<input type="checkbox"/> 18.其他：_____													
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別_____															
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別_____等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度															
若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，請主動告知並提供就診病歷摘要，以作為照護參考															
家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____															

生活型態	※ 請勾選最合適的選項：										7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常				
	1. 過去 7 天內 (不含假日)，睡眠習慣： <input type="checkbox"/> ①每日睡足 7 小時 <input type="checkbox"/> ②不足 7 小時 <input type="checkbox"/> ③時常失眠										8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常				
2. 過去 7 天內 (不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> ①都不吃 <input type="checkbox"/> ②有時吃，____天 <input type="checkbox"/> ③每天吃，幾點吃？____點										9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常					
3. 過去一個月內 (不含假日及寒暑假)，若以每週至少運動 3 次，每次至少 30 分鐘為基準，心跳達每分鐘 130 下，您做到了嗎？ <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有										10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常					
4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②時常吸菸 <input type="checkbox"/> ③每天吸菸，____支/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除										11. 月經情況 (女生回答)					
5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②時常喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒，____杯/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 (1 杯的定義：啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml)										(1) 初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，初經年齡：____歲					
6. 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔，____粒/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除										(2) 月經週期？ <input type="checkbox"/> ①≤20 天 <input type="checkbox"/> ②21-40 天 <input type="checkbox"/> ③≥41 天 <input type="checkbox"/> ④不規律 (差異 7 天以上)					
										(3) 有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重					
										12. 排便習慣：過去 7 天內，多久排便一次？ <input type="checkbox"/> ①每天至少一次 <input type="checkbox"/> ②兩天 <input type="checkbox"/> ③三天 <input type="checkbox"/> ④四天以上					
										13. 網路使用習慣：過去 7 天內 (不含假日) 每日除了上課及作功課需要之外，累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/> ①每天少於 1 小時 <input type="checkbox"/> ②每天約 1-2 小時 <input type="checkbox"/> ③每天約 2-4 小時 <input type="checkbox"/> ④每天約 4-5 小時 <input type="checkbox"/> ⑤每天約 5 小時或以上					

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極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤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極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤不好														
※ 目前有哪些健康問題？請敘述：															

本資料為衛保組做為健康檢查業務之用，本人已詳細閱讀並同意衛保組個資使用目的及範圍內收集、使用及處理本人所提供之相關資料。詳細內容(淡江大學隱私聲明暨個人資料)。詳見淡江大學網頁。														
一、同意本資料提供本校輔導師長及體育教師作為輔導照顧目的使用。										<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意				
二、同意本資料提供教育部「大專校院學生健康資訊系統建置及健康資料分析」計畫，以做為學校健康管理、健康促進以及政府政策分析與擬訂之依據。詳見本組網頁。										<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意				
立書人簽名 (未滿 20 歲由代理人簽名)：_____														
未完成入學健檢者，將會造成您在校期間健康方面相關福利及權利之損失，如未來造成校園公共衛生問題受到處分，請自行承擔。														

※ 同學請注意：檢查當日可少量進食與飲水，以免飢餓過度造成身體不適

(ASFX-Q03-006-FM001) 保存年限: 7 年

(反) 編號：

全身檢查項目		檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選）														檢查醫事人員 簽章													
身高： 公分		體重： 公斤				自選項目： <input type="checkbox"/> 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：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 _____																					
胸部		<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 _____																			
泌尿生殖		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未檢查		<input type="checkbox"/> 包皮異常		<input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張		<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		<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良		<input type="checkbox"/> 牙結石		<input type="checkbox"/> 牙齦炎		<input type="checkbox"/> 牙周炎		<input type="checkbox"/> 齒列咬合不正		<input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他 _____															
牙齒位置圖		檢查代碼		C-齶齒		X-缺牙		△-已矯治		φ-阻生牙		Sp.-贅生牙																	
右上		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上											
右下		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下											
總評建議		<input type="checkbox"/> 無明顯異常														承辦檢查醫院簽章													
		<input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 _____														科醫師診治													
		<input type="checkbox"/> 其他建議：																											
實驗室檢查項目		初查結果		檢查結果		異常註記		追蹤		實驗室檢查項目		初查結果		檢查結果		異常註記		追蹤											
尿液檢查		尿蛋白 (+)(-)								血脂肪		總膽固醇 (mg/dl)																	
		尿糖 (+)(-)								腎功能檢查		肌酸酐 (mg/dl)																	
		潛血 (+)(-)										尿酸 (mg/dl)																	
		酸鹼值										血尿素氮 (mg/dl)※																	
血液常規檢查		血色素 (g/dl)								肝功能檢查		麩胺酸草醋酸轉胺酶 (U/L)																	
		白血球 (10 ³ /μL)										麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)																	
		紅血球 (10 ⁶ /μL)								血清免疫學		B型肝炎表面抗原																	
		血小板 (10 ³ /μL)										B型肝炎表面抗體																	
		平均血球容積 MCV (fl)								其他																			
血球容積比 Hct (%)※																													
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 _____														複查矯治、日期及備註：											
臨時性檢查		檢查名稱			檢查日期			檢查單位			檢查結果			轉介複查追蹤及備註															
健康管理綜合紀錄		健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄																											

※ 同學請注意：檢查當日可少量進食與飲水，以免飢餓過度造成身體不適 (ASFX-Q03-006-FM001) 保存年限: 7年