

# 113 學年度進修部新生體檢注意事項

■ 因個人隱私若已休退學者，體檢報告無法協助郵寄，請自行帶證明文件（如身分證、健保卡）至本校健康中心（第一教學大樓 1 樓）領取，體檢報告協助保留 1 年，若有不便敬請見諒。

■ 依教育部規定新生均須接受學校安排之新生體檢。

一、體檢日期：**113 年 9 月 4 日(星期三)**，**上午 8:30 至 12:30**。

二、地點：**F 棟一樓大廳**

三、體檢費用 1000 元。

四、如有特殊因素或無法參與體檢者，需檢附三個月內公立醫院、區域醫院等級以上之醫療院所的體檢報告，檢查內容需符合學校的規定項目如下表，請於**113 年 9 月 20 日**前完成體檢報告及健康資料卡並繳交至健康中心，若體檢內容不符合學校規定，均需接受本校安排之新生體檢，請務必配合！

五、可自行前往合約醫院—桃園聖保祿醫院進行體檢，地址：桃園市桃園區建新街 123 號；C 棟 B2 健檢中心（可搭車至桃園後火車站步行約 10 分鐘）電話:03-3613141 轉 3155。

六、體檢注意事項：

1. 當日請空腹 8 小時。
2. 檢驗 X 光檢查：請穿著寬鬆上衣，勿穿有衣領上衣（如襯衫）及有鋼圈內衣，勿戴金屬物品等。
3. 請自備相片 1 吋 1 張（黏貼於體檢卡正面），並事先填寫妥體檢卡自填部份及健康資料卡如**附件 1**正面自填部份，於當天帶至現場接受體檢。

五、體檢項目如下表

項次	檢查項目	項次	檢查項目
1	身高〈公分〉	25	B 型肝炎表面抗原 HbSAg (+、-)
2	體重〈公斤〉	26	B 型肝炎表面抗體 anti-HbSAb (+、-)
3	腰圍〈公分〉	27	C 型肝炎病毒抗體 anti-HCV
4	血壓〈mmHg〉	28	肝指數-血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酵素 SGOT U/L
5	脈搏〈次/分〉	29	肝指數-血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酵素 SGPT U/L
6	視力：裸視	30	白血球 WBC $\times 10^3/\text{ul}$
7	視力：矯正	31	紅血球 RBC $\times 1/806/\text{ul}$
8	色盲	32	血紅素 Hb gm/dl
9	砂眼	33	血比容 HCT %
10	其他眼疾	34	平均血球容積 MCV fl
11	聽力	35	血小板 $\times 10^3/\text{ul}$
12	耳病	36	總膽固醇 T-Chol mg/dl
13	鼻咽喉	37	血清肌酸酐 Creatinine mg/dl
14	牙齒	38	尿酸 Uric Acid mg/dl
15	心臟	39	血糖 Blood Sugar mg/dl
16	淋巴腺	40	三酸甘油酯 TG mg/dl
17	甲狀腺	41	梅毒篩檢 VDRL
18	胸部	42	尿液酸鹼值
19	皮膚	43	尿糖
20	骨關節及肌肉	44	尿蛋白
21	周圍血管	45	尿潛血
22	畸形	46	X-Ray (備註： <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：_____)
23	胸腔及外觀	47	其他
24	蹲踞困難	48	體格缺點及建議

上述體檢相關事項如有問題，請來電衛保組健康中心諮詢曾老師、張老師，電話 03-2118999 轉 5813、5812。

# 附件 1

## 長庚科技大學學生健康資料卡

											學號																
學生基本資料	入學日期	年	月	學制		系所		班		座號		姓名															
	出生日期	年	月	日	血型		日	夜	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號																
	戶籍地址												學生本人行動電話														
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：																									
緊急聯絡人	關係	姓名			電話(家)			電話(公)			行動電話																
	監護人或																										
	附近親友																										
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				相片黏貼處											
	<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"/> 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"/> 詳如病歷摘要															
	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																										
	領有重大傷病證明卡（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： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，患有重大遺傳性疾疾病之家屬稱謂：，疾病名稱：， <input type="checkbox"/> 2.不知道																											
保險： <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 漁保 <input type="checkbox"/> 私人保險其他																											
生活型態	請勾選最合適的選項：											7. 過去一個月內，你嚼檳榔情形： <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔，粒/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除															
	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 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，（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，您進行中等強度以上（活動時仍可交談，但無法唱歌）的身體活動，累積累積一天至少 10 分鐘有幾天？ <input type="checkbox"/> ①0 天 <input type="checkbox"/> ②1 天 <input type="checkbox"/> ③2 天 <input type="checkbox"/> ④3 天 <input type="checkbox"/> ⑤4 天 <input type="checkbox"/> ⑥5 天 <input type="checkbox"/> ⑦6 天 <input type="checkbox"/> ⑧7 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"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②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"/> ③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） <input type="checkbox"/> ④已戒除 5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②有時喝酒 6. <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）											8. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常 9. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 10. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 11. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 12. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 13. 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 14. 網路使用：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不到 2 小時 <input type="checkbox"/> ②約 2-4 小時 <input type="checkbox"/> ③約 4 小時以上，小時 15. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> ①0 次 <input type="checkbox"/> ②1 次 <input type="checkbox"/> ③2 次 <input type="checkbox"/> ④3 次以上 16. 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"/> ①每半年一次 <input type="checkbox"/> ②每年一次 <input type="checkbox"/> ③一年以上 <input type="checkbox"/> ④從來沒有 17. 月經情況(女生)：有無經痛？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重															
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																										
	3.您每日飲食攝取的蔬菜、水果份量 <input type="checkbox"/> 每日不足 2 份蔬果 <input type="checkbox"/> 每日 2-4 蔬果 <input type="checkbox"/> 每日 5-9 份蔬果																										
	4.您生活中有壓力時，如何排除壓力？ <input type="checkbox"/> 吃東西 <input type="checkbox"/> 睡覺 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 找人談論 <input type="checkbox"/> 其他：																										
	5.您攝取水份的習慣為 <input type="checkbox"/> 從不喝白開水只喝飲料 <input type="checkbox"/> 喝飲料比開水多 <input type="checkbox"/> 喝開水比飲料多 <input type="checkbox"/> 只喝白開水																										
	6.您一星期中除體育課外，有幾天運動時數超過 30 分鐘以上？ <input type="checkbox"/> 1-2 天 <input type="checkbox"/> 3-4 天 <input type="checkbox"/> 5-6 天 <input type="checkbox"/> 每天																										
	7.您自覺個人的健康問題前三項（如：便秘）：1. 2. 3.																										
	8.您希望健康中心為您提供健康促進活動前三項（如：健走）：1. 2. 3.																										

# 長庚科技大學-體檢流程表

序號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 身分證：\_\_\_\_\_

生日：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_

科系：\_\_\_\_\_ 年級/班級：\_\_\_\_\_ 學號：\_\_\_\_\_ 座號：\_\_\_\_\_

檢 查 項 目	地 點	檢 查 完 請 註 記	注 意 事 項
報到 體檢費用 1000 元		檢查日期：	▲請攜帶證件(如身分證、健保卡)以便身份辨識 ▲請確認基本資料是否正確 ▲懷孕或疑似懷孕者請先告知
身高、體重		身高：_____公分 體重：_____公斤	▲將包包或隨身較重物品取下 ▲請脫鞋
腰圍		腰圍：_____公分	
血壓、脈搏		1.血壓：____/____ 2.血壓：____/____ 脈搏：____次/分 脈搏：____次/分 (異常請測量第二次) (拒，請簽名_____)	▲上下樓梯、跑步、快走後請先休息 10 分鐘後再測量血壓
視力、辨色力測試		裸視 右：_____左：_____ 矯正 右：_____左：_____ 辨色力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 辨色力異常	▲有配戴眼鏡者請攜帶眼鏡 ▲配戴隱形眼鏡及接受過眼睛鐳射手術者，請先告知工作人員
聽力檢查 (音叉)		右耳 <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 異常 左耳 <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 異常	
尿液檢查	<input type="checkbox"/> 已繳交 <input type="checkbox"/> 未繳交	黃頭尿管*1 ( <input type="checkbox"/> 生理期 第____天 )	▲如遇生理期請先告知工作人員
抽血檢查	<input type="checkbox"/> 空腹 <input type="checkbox"/> 飯後____hr	生化管*1 【要抽滿】 CBC*1 Sugar*1	▲需禁食 8hr，若已進食請告知抽血人員 ▲抽血後請按壓 5 分鐘，勿揉
胸部 X 光檢查 Chest PA		已詢問是否懷孕，放射師簽章：	▲懷孕或疑似懷孕者請勿檢查
		X 光片編號(院外巡檢)：	▲勿戴項鍊及穿有鈕扣、金屬及亮片的衣物
本人確定無懷孕，願意接受 X 光攝影，請簽名：_____			
醫師診察		1. 砂眼： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 異常 2. 其他眼疾： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 異常 3. 耳病： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 4. 鼻咽喉： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 5. 頭頸： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 6. 心臟： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 周圍血管 <input type="checkbox"/> 異常 7. 淋巴腺： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 異常 8. 甲狀腺： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 異常 9. 胸腔及外觀： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 10. 腹部： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 11. 脊柱四肢： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 骨關節及肌肉 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 12. 皮膚： <input type="checkbox"/> 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	<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
繳交體檢單		▲請確認各項健檢項目皆完成，並務必將此張表單繳回 ▲謝謝您參加此次體檢

### ◎健康檢查注意事項

#### 一. 檢查前：

請詳填健康記錄卡之正面基本資料〈姓名、入學日期、科系、年制、班級、座號、身分證字號、出生年月日、性別、血型、住址、連絡電話、家長或緊急聯絡人及關係、個人史及家族史〉，並於右上角貼妥 1 吋相片 一張。

※請受檢者於檢查前 8 小時開始禁食，包括飲水。

#### 二. 檢查當日：

1. 請攜帶學生健康資料卡、體檢流程表、體檢費用及尿液檢體，依安排時間至體檢現場報到。
2. 糖尿病患者，抽血前請勿服藥，以免空腹血糖降低；但請攜藥備用，其他慢性病(如：高血壓...)需服藥控制者，當日可服用藥物，並請攜藥備用。
3. 請於體檢時間前 1 小時內將尿液檢體採集完成。(若正值生理期，請先告知檢查人員)
4. 請勿戴項鍊及穿著有領或胸前飾品的衣服，以免影響 X 光檢查。為避免影響胎兒，
5. 懷孕者請勿照 X 光。
6. 請務必完成所有體檢流程項目，並將本表給檢查人員蓋章。
7. 請於所有檢查完成後，將健康檢查表、健康紀錄卡交回表單繳回處。

沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院      健康管理中心