

# 新北市立新北高級中學 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 貴子弟的健康情形，本校依據 114 學年度健康檢查實施計畫辦理。健康檢查是一種積極預防保健的篩檢措施，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 **114 年 8 月 22 日** 由宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院所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）抽血前一晚請貴子弟**需禁食 8 小時**，午夜 12 點後即不再進食。
- （二）抽血後才可進食（請受檢同學務必準備早餐），如感到口渴請以開水漱口。
- （三）受檢同學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（胸腔及外觀：心臟與肺部聽診及胸廓異常等）、腹部時會鬆開衣服，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，會請貴子弟將褲子褪下，露出腹部和大腿，以便進行觸診及視診，請家長給予貴子弟妥適說明，以減輕焦慮。

**※基於尊重隱私權如家長 不同意貴子弟在校內進行胸部（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 **9 月 26 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：02-28577326，分機 555、558。

十、協辦醫療院所：宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院，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弟的健康，養成學生良好的衛生保健習慣。

**健康檢查時間地點：114 年 8 月 22 日 星期(五) 08:00~11:30 起於本校體育館四樓辦理。**

~學務處衛生組健康中心暨宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院敬啟~

# 新北市立新北高級中學 學生健康檢查回條暨受檢同意書

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_班 座號\_\_\_\_\_姓名：\_\_\_\_\_

(請於 **114 年 8 月 19 日-20 日成長營時繳回**)

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，並向貴子弟妥適說明，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】  請家長以原子筆簽中文全名：_____
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）：  <input type="checkbox"/> 胸部（胸腔及外觀）：心臟與肺部聽診及胸廓異常等  <input type="checkbox"/> 腹部  <input type="checkbox"/> 血液  <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器檢查（僅限男生）  ※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 <b>9 月 26 日前</b> 繳交正式檢查報告至健康中心彙整。  請家長以原子筆簽中文全名：_____