

慈濟學校財團法人慈濟科技大學

111 學年度進修推廣部新生入學健康檢查須知

一、 依據學校規定，凡本校學生皆須完成健康檢查，未按規定繳交健康檢查報告，視同未完成註冊手續。

二、 學生健康檢查

(一) 健檢方式可選擇自行到任一醫療院所健檢或參與本校合作醫院之健檢，說明如下：

1. 不由學校安排，自行到任一醫療院所完成健康檢查

(1)請依「學生健康檢查紀錄表」所列項目進行健檢。

(2)若您今年度已做過健康檢查，檢查報告日期是在 111/06/01 前，需重新健檢。

(3)請依據學生健康檢查紀錄表完成所有健檢項目，並在開學當週將檢查報告交給健康中心或進修部辦公室，若經發現有缺檢項目，仍應在 09 月 30 日前補繳。

2. 由學校安排，參與學校團體健檢者

(1)花蓮班和大林班，請參見本校合作醫院健檢說明(如附表)，並依排定之團體健檢時間到檢。

(2)花蓮班欲參加學校團體健檢者，請持健檢繳費單於 08/30 前完成繳費，請將匯款存根聯(收據)拍照留存，以便備查。。

(二) 為提升效率，敬請同學務必依照規定完成健檢；若因故無法如期受檢，請依健檢日期，自行於到醫院檢查或補檢，以便報告彙整。

三、 因應疫情變化，團體健檢日期及排程，將於網頁不定期更新最新資訊，請至本校首頁-學生事務處-衛生保健組-服務項目-新生暨外籍生健康檢查查詢。

花蓮慈濟醫院預防醫學中心門診健檢：(03) 8561825 轉 13125 吳采瑾小姐

大林慈濟醫院醫事室：(05)2648000 轉 5934 游宜芬小姐

慈濟科技大學衛保組：(03) 8572158 轉 2417 李洛涵校護

本校合作醫院健檢說明

	花 蓮 班	大 林 班
合作醫院	花蓮慈濟醫院	大林慈濟醫院
健檢費用	團體優惠價 NT \$ 850 元	
繳費方式	依健檢繳費單(8/30 前完成繳費)	現場繳費後接受檢查
健檢項目	同學生健康檢查紀錄表	
報到地點	1. 團體健檢辦理日期: 09/01(四)上午 11:00-12:00	大林慈濟醫院至門診批價櫃檯抽【健檢】號碼牌
健檢日期 (超過期間，恕不以團體優惠價受理)	2. 報到時間: 10:30-11:00 3. 地點:本校智耕樓 B1 或 4. 09/05~09/30 上午 8:20-11:30 下午 1:30-5:00 自行到花蓮慈濟醫院門診大樓服務台報到後完成健檢(星期六無健檢服務)	請依健檢優惠期間受檢 08/22(一)~09/05(一) 上午 08:00~11:30 下午 02:00~05:00 (星期三僅至下午 3:00) 【星期六不提供健檢服務】
健檢 注意事項	1. 抽血不需空腹。 2. 檢查當天請攜帶 <u>學生健康檢查紀錄表</u> 和已繳費者請持繳費收據以利核對。 3. 尿液檢查注意事項：留取尿液 15-20 cc；如逢經期，請於月經結束後三日內補送尿液檢體。	
健檢報告	健檢報告由醫院彙整報告並寄到本校。	
學校聯絡人	衛保組護理師 (03) 8572158 轉 2417	
醫院聯絡人	吳采瑾小姐 (03)8561825 轉 13125	游宜芬小姐 (05)2648000 轉 5934

慈濟學校財團法人慈濟科技大學
學生健康檢查紀錄卡

班級：		學號：		姓名：	
全身檢查項目			檢查日期： 年 月 日		檢查醫事人員簽章
身高：_____公分 體重：_____公斤		BMI：_____		腰圍：_____公分※	
血壓：_____ / _____ mmHg 脈搏：_____ 次/分※					
視力檢查 裸視：右眼_____ 左眼_____ 矯正視力：右眼_____ 左眼_____					
眼	☐ 無明顯異常	☐ 辨色力異常△ ☐ 其他			
耳鼻喉	☐ 無明顯異常	聽力異常： ☐ 左 ☐ 右 ☐ 疑似中耳炎，如：耳膜破損△ ☐ 扁桃腺腫大△ ☐ 耵聍栓塞△ ☐ 其他			
頭頸	☐ 無明顯異常	☐ 斜頸 ☐ 異常腫塊 ☐ 其他			
胸腔及外觀	☐ 無明顯異常	☐ 心肺疾病 ☐ 胸廓異常 ☐ 其他			
腹部	☐ 無明顯異常	☐ 異常腫大 ☐ 其他			
脊柱四肢	☐ 無明顯異常	☐ 脊柱側彎 ☐ 肢體畸形 ☐ 蹲踞困難 ☐ 其他			
泌尿生殖△	☐ 無明顯異常 ☐ 未檢查	☐ 包皮異常 ☐ 精索靜脈曲張 ☐ 其他			
皮膚	☐ 無明顯異常	☐ 癬 ☐ 疥瘡 ☐ 疣 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 溼疹 ☐ 其他			
口腔篩檢	☐ 無明顯異常	未治療齲齒： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 缺牙(因齲齒拔除)： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 已矯治牙齒： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 牙齦炎※： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 牙結石※： ☐ 0. 無 ☐ 1. 有 ☐ 口腔衛生不良 ☐ 咬合不正 ☐ 其他			
總評建議	☐ 無明顯異常 ☐ 有異狀，需接受_____科醫師診治 ☐ 其他建議：_____				承辦檢查醫院簽章

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					血脂肪		總膽固醇 (mg/dL)		
					腎功能檢查		肌酸酐 (mg/dL)		
							尿酸 (mg/dL)		
							血尿素氮 (mg/dL) ※		
血液常規檢查					肝功能檢查		SGOT (U/L)		
					血清免疫學		SGPT (U/L)		
							B 型肝炎表面抗原△		
							B 型肝炎表面抗體 △		
					其他※				

胸部 X 光檢查	拒做，請勾選原因 ☐ 懷孕 ☐ 3 個月內做過 ☐ 其他_____	檢查結果： ☐ 無明顯異常 ☐ 疑似肺結核病徵 ☐ 肺結核鈣化 ☐ 肺浸潤 ☐ 胸廓異常 ☐ 肋膜腔積水 ☐ 脊柱側彎 ☐ 心臟肥大 ☐ 支氣管擴張 ☐ 肺結節 ☐ 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
----------	-----------------------

