

國立彰化女中 110 學年度新生健康檢查家長通知單暨同意書回條

親愛的家長：

為瞭解 貴子女之健康狀況，期能早期發現體格缺點，早期矯治。本校訂於 **9月1日(三)** 委請 **彰基漢銘醫院** 到校，為 貴子女實施健康檢查，請 貴家長詳閱本通知單各項說明後，於 **同意書回條簽章**，並請貴子女務必於 **8月31日新生訓練當日交回**，以利安排健康檢查，謝謝您的配合！

健康檢查項目：

檢查項目	檢查內容(依國教署公佈內容為主)
體格生長	身高.體重.腰圍
血壓	血壓
眼睛	視力(需測量裸眼及矯正視力).辨色力.其他異常
頭頸	斜頸.異常腫塊及其他
口腔	齶齒.缺牙.咬合不正.口腔衛生及其他異常
耳鼻喉	聽力.耳道畸形.耳膜破損.盯聾栓塞.扁桃腺腫大及其他異常
胸部	心肺疾病.胸廓異常及其他異常
腹部	異常腫大.疝氣及其他異常
皮膚	癬.疥瘡.疣.異位性皮膚炎.濕疹及其他異常
脊柱四肢	脊柱側彎.肢體畸形.青蛙肢及其他異常
尿液	尿蛋白.尿糖.潛血.酸鹼度
血液檢查	血液常規:血紅素、白血球、紅血球、血小板、血球容積比；肝功能:SGOT、SGPT；腎功能:CREATININE、尿酸；血脂肪:總膽固醇(T-CHOL)；血清免疫學:HBsAg、HBsAb 及其他
X光	胸部 X 光 醫師問診(針對個人健康給予諮詢及建議)

一、健檢時間：110年9月1日(星期三) 地點：本校活動中心。

二、健檢費用：每人450元，開學後於註冊繳費通知單中一併繳交。

三、檢查結果報告單完成後，一份提供家長參考，一份存於本校健康中心，若有醫師建議複診，請家長帶往適當醫院診治，並回報健康中心，以達早期預防或矯治及預防意外事故的發生。

四、其他注意事項：

1. 檢查當日為本校正式開學日，請同學依規定時間到校。若當天請假者，請事先來電告知，並請擇期自行至醫院完成健檢，於開學後一個月內將報告繳回健康中心。
2. 如家長不同意學生在校內進行健康檢查，請自行帶至醫療院所檢查(費用自理)，並請於開學後一個月內將報告繳回健康中心，校內健檢費用再行辦理退費。
3. 檢查當日請勿配戴金屬飾品，盡量穿著無鋼圈、素面之內衣，以免影響 X 光判讀結果。
4. 檢查前三日建議睡眠充足、勿激烈運動及清淡飲食，當日不需禁食。
5. 尿液檢驗時，一律取中間尿；若為生理(經)期，請主動告知醫事人員，以利於檢驗報告上註明。
6. 個人病史請學生於健檢當日受檢時主動告知醫師，以利體檢醫師評估。

聯絡單位：彰化女中健康中心許護理師、楊護理師 04-7240042*1336

110 學年度彰化女中新生健康檢查家長同意書回條 (請於 8 月 31 日新生訓練當日交回)

_____年_____班_____號；姓名_____同學

1. 已詳閱本通知單各項說明，配合健康檢查。
2. 不同意在校內檢查，會自行帶至其他醫院檢查後，再提供檢查報告給學校。
3. 其他需聯繫事項(特殊疾病)：_____

家長簽名：_____ 聯絡電話：_____