

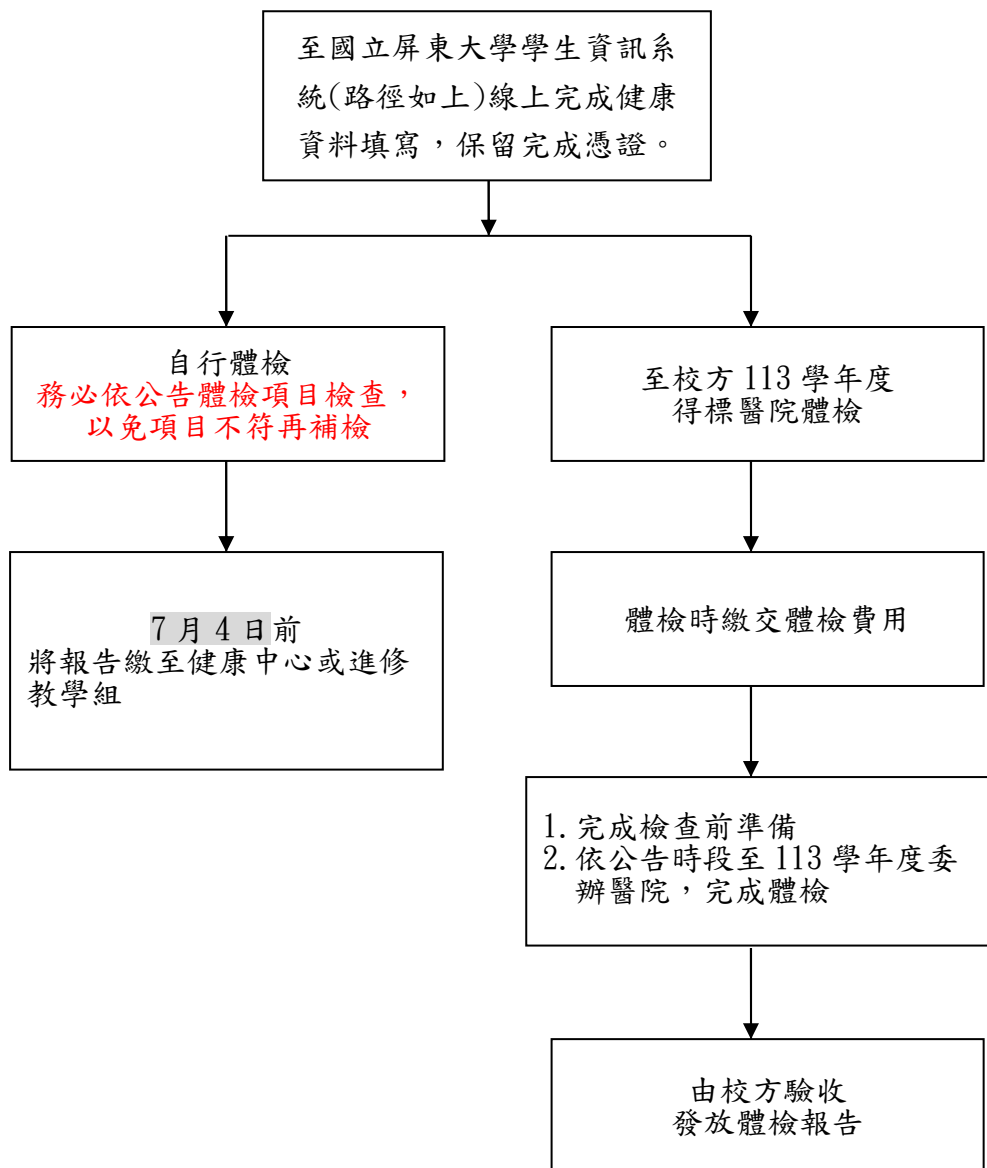
113 學年度暑期碩士班新生入學健康檢查須知

一、線上健康資料填寫：

暑期碩士班新生請依下列路徑，先完成健康檢查資料填寫。

國立屏東大學網頁=>學生=>校務與生活=>學生資訊系統=> B372 健康檢查=>B3730A 健康調查填答=>畫面顯示[完成] 再登出，以免需再補填。

二、新生健康檢查流程：



三、新生健康檢查項目：

新生入學均需完成健康檢查，檢查項目依教育部規定【身高、體重、腰圍、血壓、視力、聽力、牙科口腔、醫師理學檢查、尿液(尿蛋白、尿糖、潛血、酸鹼度)、血液(血液常規：血紅素、白血球、紅血球、血小板、平均血球容積比、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)、三酸甘油脂/飯前血糖/血清免疫學：HBsAg(若陽性加測 HBeAg)、HBsAb/胸部 X 光】。

四、新生健康檢查方式

(一)至 113 學年度新生健康檢查委辦醫療院所檢查：

113 學年度新生健康檢查採公開招標由**屏東市寶建醫院**得標承辦，地址：屏東市中山路 123 號，**5 月 20 日起至 7 月 4 日(6/10 端午節休假，請勿前往)**，週一至五上午 8:00-11:00 及下午 13:30-16:00，受理暑期碩士班新生到院檢查，請不掛號直接至 3 樓健檢中心體檢。

(二)自行體檢：**7 月 4 日**前將報告正本(影本需加蓋醫療院所章)送進修教學組(屏商校區)，經審查若不符上述體檢項目，需再補檢查。

1. 計劃自行體檢者，務必依上述新生健康檢查項目檢查或**先洽衛生保健組(或進修教學組)索取健康檢查資料卡**，再至合格醫療院所依表檢驗，以免缺項需再補檢(費用自洽，約 1800 元，**勿至衛生所、醫事檢驗所體檢**)。
2. 新生於開學(7/4)前三個月以內(113 年 4 月以後)已完成的體檢報告，需符合上述體檢項目，才得不用重新體檢。

五、新生健康檢查費用：

- 1、113 學年度新生健康檢查為確保品質及減輕學生負擔，經公開招標由屏東市寶建醫院承做，**請到院時繳交新生健康檢查費用 730 元/人**。
- 2、寶建醫院提供低收入戶團體新生健康檢查免費，請符合者不需繳費，於檢查日報到時提供鄉鎮市公所開立之低收入戶學生證明影本，作為院方免費憑據。

六、健康檢查前應準備及注意事項：

- 1、檢查前 48 小時避免劇烈運動及進食大量肉類食品。
- 2、因檢查尿糖、血糖、血脂，抽血檢查前 6 小時必需禁食任何食物(除少量白開水)，但請避免空腹過久低血糖不適(禁食時間為 6 小時，請依預定檢查時間自行推算。近中午以後檢查者請 6 小時前吃早餐或前一日睡前補充進食，以避免空腹過久低血糖不適，檢查後需儘快用餐)。
- 3、檢查當日請穿著素面上(內)衣，不要有金屬拉鍊、鈕扣，勿戴項鍊，以免影響 X 光檢查結果。
- 4、需驗尿，若憋不住可報到後告知工作人員先驗尿；無尿者可抽血後喝水，增加尿量。若為生理期恐將影響尿液檢查結果，請務必告知驗尿人員。務必完成每項檢查再離開。
- 5、至委辦醫療院所檢查之健康檢查報告將由健康中心驗收轉交。
- 6、罹患疾病、重大手術及特殊疾症，請主動告知健康中心或填寫於健康資料，以利後續追蹤關懷。

※備註：特殊情況、疾病無法配合者或有任何疑問，請洽詢

職涯發展暨教育推廣處進修教學組 (08) 7663800 轉 18301 或 18206

衛生保健組 (08) 7663800 轉 12301~8

附件 1. 新生健康檢查健康資料卡-登錄說明

1. 學校首頁-點選上方學生



2. 點選-學生資訊系統



3. 輸入帳號(學號)、密碼



學生選課操作說明

4. 點選-左方【B372 健康檢查】

- ⊖ [B371] 傳染病監控
- ⊖ [B372] 健康檢查
 - ⊖ [B3730A] 健康調查填答
- ⊖ [A021] 個人資料
- ⊖ [A023] 學務資料填報
- ⊖ [A052] 線上選課
- ⊖ [A071] 畢業相關作業
- ⊖ [A081] 線上查詢
- ⊖ [A083] 線上申請
- ⊖ [A101] 教學評量填寫
- ⊖ [A13] 場地管理
- ⊖ [A16] 電腦暨一般教室管理
- ⊖ [B05] 宿舍管理

[B372] 健康檢查次選單 : 110學年第 2 學期

← 隱藏選單
🏠 回主選單
🔒 變更密碼
📖 使用手冊
🚪 登出

i 系統公告

日期	公布主題				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #4CAF50; color: white;"> <th style="width: 50%;">功能名稱</th> <th style="width: 50%;">說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr style="background-color: #4CAF50; color: white;"> <td>[B3730A]_健康調查填答</td> <td>健康調查填答N</td> </tr> </tbody> </table>	功能名稱	說明	[B3730A]_健康調查填答	健康調查填答N
功能名稱	說明				
[B3730A]_健康調查填答	健康調查填答N				

5. 點選- [B3701A] 健康檢查卡登錄

新增資料區

💾 存檔
❌ 取消

入學年: _____

姓名: _____

性別: _____

緊急聯絡人: _____

緊急聯絡人電話: _____

與學生關係: _____

血型:

戶籍地址: _____

連絡住址: _____

身分證字號: _____

電話: _____

學程: _____

出生日期: _____

學號: _____

問卷調查日期: (e.g.20170722)

※曾患下列疾病否?請打勾

<input type="checkbox"/> 1.無個人病史	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 2.肺結核	<input type="checkbox"/> 9.血友病	<input type="checkbox"/> 16.重大手術: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 3.心臟病	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症	<input type="checkbox"/> 17.過敏物質: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4.肝炎	<input type="checkbox"/> 11.關節炎	<input type="checkbox"/> 18.其他: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 5.氣喘, 最後一次發作 <input type="text" value="歲"/>	<input type="checkbox"/> 12.糖尿病	
<input type="checkbox"/> 6.腎臟病	<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 7.癲癇	<input type="checkbox"/> 14.癌症: <input type="text"/>	

領有重大傷病卡, 類別: _____, 重大傷病其他疾病名稱: _____

領有身心障礙手冊, 類別: _____, 等級: 1.極重度 2.重度 3.中度 4.輕度

家族疾病史: 患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂: _____ 疾病名稱: _____

特殊疾病現況或應注意事項: _____

6. 填寫健康檢查資料卡(請逐項填寫, 填寫完畢請按存檔鍵)

新增資料區

💾 存檔
❌ 取消

入學年: _____

姓名: _____

性別: _____

緊急聯絡人: _____

緊急聯絡人電話: _____

與學生關係: _____

血型:

戶籍地址: _____

連絡住址: _____

身分證字號: _____

電話: _____

學程: _____

出生日期: _____

學號: _____

問卷調查日期: (e.g.20170722)

※曾患下列疾病否?請打勾

<input type="checkbox"/> 1.無個人病史	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 2.肺結核	<input type="checkbox"/> 9.血友病	<input type="checkbox"/> 16.重大手術: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 3.心臟病	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症	<input type="checkbox"/> 17.過敏物質: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4.肝炎	<input type="checkbox"/> 11.關節炎	<input type="checkbox"/> 18.其他: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 5.氣喘, 最後一次發作 <input type="text" value="歲"/>	<input type="checkbox"/> 12.糖尿病	
<input type="checkbox"/> 6.腎臟病	<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 7.癲癇	<input type="checkbox"/> 14.癌症: <input type="text"/>	

領有重大傷病卡, 類別: _____, 重大傷病其他疾病名稱: _____

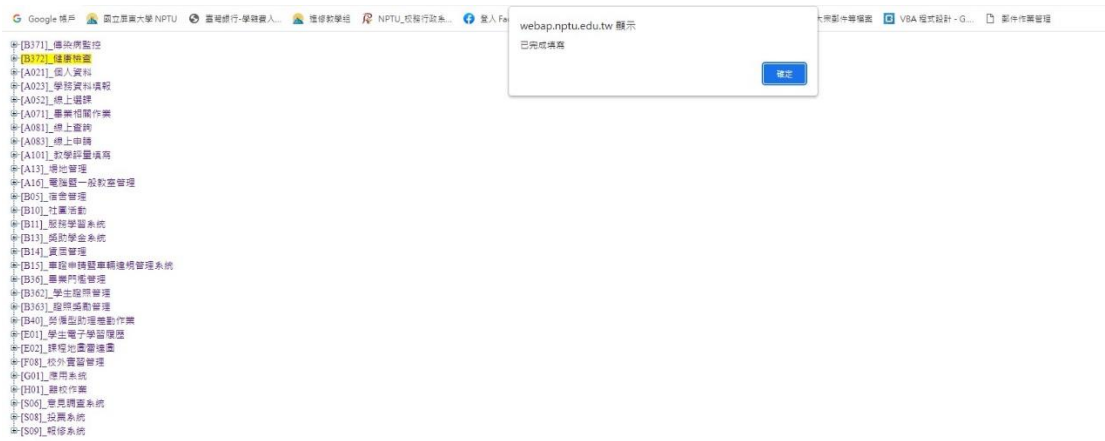
領有身心障礙手冊, 類別: _____, 等級: 1.極重度 2.重度 3.中度 4.輕度

家族疾病史: 患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂: _____ 疾病名稱: _____

特殊疾病現況或應注意事項: _____

※請勾選最適合的選項

7.儲存成功將顯示已完成填寫的畫面。



國立屏東大學學生健康資料卡

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						學生本人行動電話					
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：					相片黏貼處					
	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						學生本人 E-mail

健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病									
	<input type="checkbox"/> 1. 無	<input type="checkbox"/> 7. 癩癩	<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. 蠱豆症	<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：								
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										
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病(含罕見疾病)證明卡： <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，類別：										
<input type="checkbox"/> 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										
本人罹患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，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂：_____ 疾病名稱 _____， <input type="checkbox"/> 2. 不知道										

生活型態	※ 請勾選最合適的選項：									
	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，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，你進行中等強度以上(活動時仍可交談，但無法唱歌)的運動、健身、交通和休閒性身體活動，累計1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(包含傳統菸品、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已戒除； <input type="checkbox"/> ③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"/> ④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)。									
	5. 過去一個月內，你喝酒情形？ <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②有時喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒(<input type="checkbox"/> 2杯以上、 <input type="checkbox"/> 1杯、 <input type="checkbox"/> 不到一杯) <input type="checkbox"/> ④已戒除，勾選「每天喝酒」者，需進一步選擇每天喝酒杯數，1杯的定義為啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml。									
	6. 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 <input type="checkbox"/> ④已戒除									
	7. 常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常									
	8. 常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常									
	9. 過去7天內，你多久排便一次？ <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									
	10. 過去7天內(不含假日)每日除了上課及作功課需要之外，你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									
	11. 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									
	12. 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									
	13. 月經情況(女生回答)：有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重 <input type="checkbox"/> ④不知道/拒答									
14. 過去一個月內，喝含糖飲品(含果汁)習慣： <input type="checkbox"/> ①不喝 <input type="checkbox"/> ②時常喝 <input type="checkbox"/> ③每天喝，__杯/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除										

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									
※目前有哪些健康問題？ <input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 有，請敘述：_____；是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 0. 否 <input type="checkbox"/> 1. 是										

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		腰圍： 公分							
血壓： / mmHg		脈搏： 次/分		血型：							
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"/> 耳聾堵塞 <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							
胸部及外觀		<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"/> 蹲距困難 <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		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							
總評建議		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 <input type="checkbox"/> 其他建議：		科醫生診治		承辦檢查醫院簽章					
實驗室檢查項目		初查結果		追蹤		實驗室檢查項目		初查結果		追蹤	
尿液檢查		尿蛋白				血 糖		空腹血糖 (mg/dL)			
		尿糖				腎 功 能 查 驗		肌酸酐 (mg/dL)			
		潛血						血尿素氮 (mg/dL)			
		酸鹼值				尿酸 (mg/dL)					
<input type="checkbox"/> 女性生理期 <input type="checkbox"/> 未禁食達4小時以上						肝 功 能 查 驗		麩胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT			
血液常規 查 驗		血色素 (g/dL)				血 清 免 疫 學		麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT			
		白血球 ($10^3/\mu\text{L}$)						B 型肝炎表面抗原			
		紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$)				B 型肝炎表面抗體					
		血小板 ($10^3/\mu\text{L}$)				B 型肝炎 E 抗原					
		平均血球容積 MCV (fl)				血 脂 肪		總膽固醇 (mg/dl)			
血球容積比 Hct (%)				三酸甘油脂 (mg/dl)							
胸部 X 光 查 驗		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"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <input type="checkbox"/> 其他				複查矯治、日期及備註：			
臨時性 查 驗		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									