

# 桃園市立永豐高中附設國中部 112 學年學生健康檢查家長同意書

## 親愛的家長：

學生健康檢查是一種積極的預防保健篩檢措施，檢查結果可提供教師做為安排學生學習活動之參考，同時，若為疑似陽性即需要進一步做後續的複查及矯治措施，以維護及促進學生健康；若檢查結果為陰性表示檢查當時沒有異常，對於未來的健康狀況，仍建議持續定期的接受相關的健康檢查。本校擬由中壢長榮醫院組成之健檢醫療團隊蒞校(檢查地點在學校)為學生實施健康檢查，請貴家長詳閱說明：

項目	內容
眼部疾病	辨色力異常、斜視、睫毛倒插、眼球震顫、眼瞼下垂、及其他異常。
耳鼻喉	聽力異常、耳膜破損、耳前瘻管、耳道畸型、唇顎裂、構音異常、耳垢栓塞、扁桃腺腫大、過敏性鼻炎、慢性鼻炎、及其他異常。
頭頸部	斜頸、異常腫塊(甲狀腺腫、淋巴腺腫大、其他異常腫塊)。
胸部	胸廓異常、心肺疾病(心雜音、心律不整、呼吸聲異常、其他心肺疾病)。
腹部	腹部異常腫大、及其他異常。
脊柱、四肢	脊柱側彎、肢體畸形(多併指/趾、關節變形、其他肢體畸形)、蹲距困難、水腫、及其他異常。
泌尿生殖器	陰囊腫大、包皮異常、精索靜脈曲張、及其他異常。(★僅男生檢查、女生不檢查)
皮膚	癬、疣、紫斑、疥瘡、濕疹、異位性皮膚炎、及其他異常。
口腔	齲齒、缺牙、待拔牙、阻生齒、贅生牙、恆牙有無溝隙封填、及其他異常。
其他：心電圖	心音異常、心律不整、心臟病病史及家族史之高危險群學生，當日現場加做心音心電圖複查。(※需微拉開上衣進行，現場會有醫護人員協同檢查)
尿液	酸鹼值、尿潛血、尿蛋白、尿糖(複檢仍為陽性時應進行抽血檢查)。

1. 檢查費用：免費。(桃園市政府教育局專案補助)
2. 如同意受檢，**檢查當天請勿缺席**；若因故缺席，應配合另擇期補行檢查。
3. **檢查日請穿著體育服裝**，天氣冷可另加外套，避免穿緊身套頭衣服。
4. **檢查前請做好個人衛生(潔牙、沐浴)**，以方便醫生檢查。
5. 本次所有檢查僅胸、腹部檢查、加做心電圖複查的學生需微拉開上衣，【男同學】泌尿生殖器檢查需脫褲子至大腿一半處，上述檢查現場會有適當遮蔽，並有志工媽媽或老師、學校護理師在場協助以維護學生隱私，其餘檢查均不會暴露身體。請您和您的子女詳細說明，以減輕其焦慮。
6. 所有檢查結果，除學校老師、學校護理師及醫療人員建檔進行健康追蹤管理外，學校會保障您子女的隱私，檢查完成後約一個月會發給學生「健康檢查結果通知單」。若檢查結果發現有異常，請您持「健康檢查結果通知單」陪同子女前往醫療院所進行複查，並將複查及矯治結果註記於回條上交還學校老師。學校將依複查結果建檔進行健康追蹤管理。
7. 無論願意接受檢查項目為何種，都請於下面之回條勾選後簽名並於**3日內**繳交回條給導師收齊。

※預定健康檢查日期：**112年10月16日(星期一)** 桃園市立永豐高級中等學校附設國中部健康中心 敬啟

----- (請 撕 下 交 回) -----

## 桃園市立永豐高級中等學校附設國中部 學生健康檢查家長同意書回條

班級：                      座號：                      姓名：

我已充分瞭解學生健康檢查相關事項並向子女說明，我們要檢查： ( **A或B二選一**，若有修改需在旁簽名或蓋章以示負責)

<p><input type="checkbox"/> A. 在校接受全部的健康檢查。 (含胸腹部、<b>男性還包括泌尿生殖器官、女生不檢查泌尿生殖器官</b>)。</p>	<p><input type="checkbox"/> B. 私密部位不在校檢查，其他檢查要做。</p> <p><b>我不同意的項目為：</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 胸部(含胸廓異常、及聽診檢查)</li><li><input type="checkbox"/> 腹部(含腹部異常腫大)</li><li><input type="checkbox"/> 男性泌尿生殖器官(含：陰囊腫大、包皮異常、精索靜脈曲張、及其他異常)</li></ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**備註：若勾選私密部位不在校檢查，表示您願意親帶貴子女至您信賴之醫院**自費**完成檢查，並於**二週內**交正式報告書至學校健康中心。若您不同意，又未帶貴子女去醫院自費檢查，表示您將來若發現學生未檢查之項目有問題時，願意自行承擔後果。**

**※家長簽全名(用深色原子筆、勿用鉛筆或擦擦筆)：** \_\_\_\_\_

**112 年 月 日**