

# 【表二】彰化縣 \_\_\_\_\_ 學校 113 學年度學生健康檢查結果通知單

班級： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 班 \_\_\_\_\_ 號      學生姓名： \_\_\_\_\_

身高： \_\_\_\_\_ 公分    體重： \_\_\_\_\_ 公斤      BMI： \_\_\_\_\_  體重過重，大於 PR97

※在校健康檢查為基本篩檢，不代表正式醫療診斷，本通知僅提供您作為貴子弟健康管理參考，通知「未發現異常、注意觀察」仍請關心健康情形；通知「建議轉診」者，需後續追蹤檢查，請依建議科別至醫療院所複診或矯治，並註記於下方健康檢查複診結果，交回學校健康中心以維護學生健康權益。

檢查項目	轉介建議	檢查內容及結果	醫事人員
眼	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 建議轉診 <input type="checkbox"/> 注意觀察	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 斜視(左、右) <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 建議轉診 <input type="checkbox"/> 注意觀察	<input type="checkbox"/> 聽力異常(左、右) <input type="checkbox"/> 耳道畸形(左、右) <input type="checkbox"/> 耳膜破損(左、右) <input type="checkbox"/> 耳垢栓塞(左、右) <input type="checkbox"/> 耳前瘻管(左、右) <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 構音異常 <input type="checkbox"/> 扁桃體腫大 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
頭頸	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 建議轉診 <input type="checkbox"/> 注意觀察	<input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
胸部	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 建議轉診 <input type="checkbox"/> 注意觀察 <input type="checkbox"/> 未受檢	<input type="checkbox"/> 心肺疾病( <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 呼吸聲異常 <input type="checkbox"/> 其他心肺疾病) <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 胸廓異常： <input type="checkbox"/> 雞胸 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 建議轉診 <input type="checkbox"/> 注意觀察	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 多併指/趾 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 其他肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲踞困難 <input type="checkbox"/> 扁平足 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
腹部	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 建議轉診 <input type="checkbox"/> 注意觀察 <input type="checkbox"/> 未受檢	<input type="checkbox"/> 腹部異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
泌尿生殖	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 建議轉診 <input type="checkbox"/> 注意觀察 <input type="checkbox"/> 未受檢	<input type="checkbox"/> 包皮異常( <input type="checkbox"/> 包莖 <input type="checkbox"/> 包皮過長) <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 隱睪 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
皮膚	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 建議轉診 <input type="checkbox"/> 注意觀察	<input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 黑色棘皮症 <input type="checkbox"/> 青春痘 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
口腔	<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 注意觀察 <input type="checkbox"/> 建議轉診	1. 黏膜狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 需轉介 2. 未治療齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 3. 恆牙第一大白齒齲齒經驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 4. 恆牙白齒之溝隙封填： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 5. 其他： <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 咬合不正 _____	

牙位檢查代碼    C-齲齒    △-已矯治    X-缺牙    /-待拔牙(因齲齒造成之殘根)    ϕ-阻生牙    Sp.-贅生牙    h 乳牙待拔

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
上			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	上					
右			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	左					
下			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
下			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

承辦單位：彰化縣醫師公會 04-7234284

檢查日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 113 學年度學生健康檢查複檢矯治回條

班級： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 班 \_\_\_\_\_ 號 學生姓名 \_\_\_\_\_

建議複診科別	就診日期	醫療院所名稱	診斷(療)結果	備註
<input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 醫院      科			<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，治療情形： <input type="checkbox"/> 已矯治 <input type="checkbox"/> 定期追蹤 其他治療及建議：	
<input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 醫院      科			<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，治療情形： <input type="checkbox"/> 已矯治 <input type="checkbox"/> 定期追蹤 其他治療及建議：	
<input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 醫院      科			<input type="checkbox"/> 未發現異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，治療情形： <input type="checkbox"/> 已矯治 <input type="checkbox"/> 定期追蹤 其他治療及建議：	

請於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日前完成複查繳回

家長聯絡事項：

家長簽名： \_\_\_\_\_

彰化縣政府教育處/彰化縣醫師公會 敬啟