

建國科技大學 109 學年度新生入學健康檢查須知及問卷

一、依據教育部學校衛生法第八條及本校健康檢查實施辦法規定，學校應定期辦理學生健康檢查。

二、檢查日期：訂於 109 年 10 月 06 日至 10 月 07 日(校內實施)班級時間表另行通知。

三、檢查項目表【依據教育部所規定之大學入學健康檢查項目】

一般檢查	身高、體重、血壓、脈搏、視力、聽力	腎功能檢查	肌酸酐、尿酸、血尿素氮
理學檢查	醫師理學檢查及問診	肝功能檢查	麩胺酸草醋酸轉胺酶、麩胺酸丙酮酸轉胺酶
尿液檢查	尿蛋白、尿糖、尿潛血、酸鹼度	血清免疫血檢查	B 型肝炎表面抗原、B 型肝炎表面抗體
血液常規檢查	血色素、白血球、紅血球、血小板、平均血球容積、血球容積比	胸部 X 光檢查	胸部 X 光檢查
血脂肪檢查	總膽固(T-CHOL)	其他檢查	血糖檢查(*)
備註:依據教育部所規定之大學入學健康檢查項目			

四、健康檢查方式：承辦醫院到校服務或繳交其他醫療院所健康檢查報告

(一)校內健康檢查承辦醫院:彰化秀傳紀念醫院健檢中心到校服務

1. 校內檢查費 700 元;報告郵資費 28 元，合計 728 元

(健康檢查當天請攜帶健康檢查費現場繳交承辦醫院)。

2. 到院檢查費用 800 元;報告郵資費 28 元，合計 828 元

(1)校內逾期未完成健康檢查同學請於 10/16 前自行前往彰化秀傳紀念醫院健檢中心檢查。

(2)檢查時段：早上 8：30-11：30 假日休息。

(二)選擇繳交其他醫療院所健康檢查流程說明：

1. 健康檢查資料卡下載網址：

<http://studentaff.ctu.edu.tw/ezfiles/4/1004/img/834/healthcard.pdf>

健康檢查資料卡或請至本校網頁→行政單位→學生事務處→單位組織→衛生保健組→下載專區→健康檢查資料卡。此表格為正反二面(請自行影印成一張)。

2. 請持『建國科技大學學生健康檢查資料卡』完成健康檢查，檢查報告須加蓋醫師與醫院印章。

3. 繳交餐飲業、兵役、軍校或勞工等其他健康檢查報告同學，請先檢閱三、檢查項目表，補齊不足項目，未補齊檢查項目概不受理相關之資料。

4. 選擇繳交其他醫療院所健康檢查報告同學請於註冊當天繳交符合學生健康檢查項目合格醫院簽發之三個月內(109/07 後)有效檢查報告至健康中心。

五、未完成健康檢查者，相關福利、權益損失或形成校園公共安全問題而遭受處分由學生自行負責。

六、請所有新生務必於健康檢查前(109/09/30)前完成建國科技大學健康檢查線上問卷填寫，以利報告匯整，若自行到其它醫療院健康檢查同學均須在線上完成問卷填寫(請參考附件)。

七、學校服務電話：04-7111111#1462 健康中心

109 年建國科技大學新生健康檢查線上問卷

1. QR CODE 掃描填寫健康檢查問卷



(直接進入手機 Line 掃描即可進入線上問卷填寫)

2. 網址填寫健康檢查問卷：<https://goo.gl/gzd41P>

請務必於健康檢查前完成線上問卷填寫,以利報告匯整,若若自行到其它醫療院健康檢查同學均須在線上完成問卷填寫

掃描或登入網頁的畫面



The screenshot shows the online health check questionnaire form for National Sun Yat-sen University. The form is titled "1. 建國科技大學問卷" and is part of the "秀傳醫療體系 Show Chwan Health Care System" and "健康管理中心".

The form includes the following fields:

- 年級別: 請選擇 (Dropdown menu)
- 單位: (Text input)
- 身位/課序號: (Text input)
- 國別: 台 港 美 日 中 英 其他
- 姓名: (Text input)
- 性別: 男 女
- 生日: (Text input)
- 特別名稱: 請選擇 (Dropdown menu)
- E-mail: (Text input)
- 聯絡地址: 請選擇 (Dropdown menu)
- 電話: (Text input)
- 手機: (Text input)
- 姓名: [] 證件: [] 電話: []
- 聯絡人: 姓名: [] 地址: [] 聯絡地址: 請選擇 (Dropdown menu)

Below the form, there are several sections for medical history and symptoms:

- 請將重大疾病的診斷字: 類別 []
- 請將身心疾病診斷字: 無, 有/程度: 嚴重 中度 輕度, 類別 []
- 家族疾病史: 患有重大遺傳性疾病的近親類別 [] 疾病名稱 []
- 請您是否會患下列疾病? 請選擇有/無 - 以下皆無
- 請將您曾患過之疾病:

<input type="checkbox"/> 1. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 2. 心臟病
<input type="checkbox"/> 2. 肝炎	<input type="checkbox"/> 3. 哮喘
<input type="checkbox"/> 3. 腎臟病	<input type="checkbox"/> 4. 癲癇
<input type="checkbox"/> 4. 高血壓	<input type="checkbox"/> 5. 癌症
<input type="checkbox"/> 5. 慢性阻塞性肺病	<input type="checkbox"/> 6. 腦中風
<input type="checkbox"/> 6. 憂鬱症	<input type="checkbox"/> 10. 關節炎
<input type="checkbox"/> 11. 癲癇	<input type="checkbox"/> 12. 哮喘性氣管炎
<input type="checkbox"/> 12. 任何種類的癌症 名稱: []	<input type="checkbox"/> 14. 癲癇 名稱: []
<input type="checkbox"/> 15. 重大手術 名稱: []	<input type="checkbox"/> 16. 過敏性反應 名稱: []
<input type="checkbox"/> 17. 其他: []	

請勾選您曾患過之疾病:

C1: 過去7天內(不含假日), 無任何症狀: 每日無症狀7小時 不足7小時 時來時去

C2: 過去7天內(不含假日), 曾有症狀: 無症狀 有時 1天 每天 出外時 點