

【表二】彰化縣_____學校 110 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	☐ 未發現異常 ☐ 建議轉診 ☐ 注意觀察	☐ 辨色力異常 ☐ 斜視(左、右) ☐ 睫毛倒插 ☐ 眼球震顫 ☐ 眼瞼下垂 ☐ 弱視 ☐ 其他_____	
耳鼻喉	☐ 未發現異常 ☐ 建議轉診 ☐ 注意觀察	☐ 聽力異常(左、右) ☐ 耳道畸形(左、右) ☐ 耳膜破損(左、右) ☐ 耳垢栓塞(左、右) ☐ 耳前瘻管(左、右) ☐ 扁桃體腫大 ☐ 唇顎裂 ☐ 構音異常 ☐ 慢性鼻炎 ☐ 其他_____	
頭頸	☐ 未發現異常 ☐ 建議轉診 ☐ 注意觀察	☐ 斜頸 ☐ 異常腫塊 ☐ 甲狀腺腫 ☐ 淋巴腺腫大 ☐ 其他異常腫塊 ☐ 其他_____	
胸部	☐ 未發現異常 ☐ 建議轉診 ☐ 注意觀察 ☐ 未受檢	☐ 心肺疾病(☐ 心律不整 ☐ 心雜音 ☐ 呼吸聲異常 ☐ 其他心肺疾病) ☐ 氣喘 ☐ 胸廓異常： ☐ 雞胸 ☐ 其他_____	
脊柱四肢	☐ 未發現異常 ☐ 建議轉診 ☐ 注意觀察	☐ 脊柱側彎 ☐ 肢體畸形 ☐ 多併指/趾 ☐ 關節變形 ☐ 其他肢體畸形 ☐ 蹲踞困難 ☐ 扁平足 ☐ 水腫 ☐ 其他_____	
腹部	☐ 未發現異常 ☐ 建議轉診 ☐ 注意觀察 ☐ 未受檢	☐ 腹部異常腫塊 ☐ 其他_____	
泌尿生殖	☐ 未發現異常 ☐ 建議轉診 ☐ 注意觀察 ☐ 未受檢	☐ 包皮異常(☐ 包莖 ☐ 包皮過長) ☐ 精索靜脈曲張 ☐ 隱睪 ☐ 陰囊腫大 ☐ 其他_____	
皮膚	☐ 未發現異常 ☐ 建議轉診 ☐ 注意觀察	☐ 癬 ☐ 疣 ☐ 疥瘡 ☐ 紫斑 ☐ 濕疹 ☐ 異位性皮膚炎 ☐ 黑色棘皮症 ☐ 青春痘 ☐ 其他_____	
口腔	☐ 未發現異常 ☐ 注意觀察 ☐ 建議轉診	1. 黏膜狀況： ☐ 正常 ☐ 需轉介 2. 未治療齲齒： ☐ 無 ☐ 有 3. 恆牙第一大白齒齲齒經驗： ☐ 無 ☐ 有： ☐ 上顎 ☐ 下顎 4. 恆牙白齒之溝隙封填： ☐ 無 ☐ 有 5. 其他： ☐ 口腔衛生不良 ☐ 牙結石 ☐ 牙周病 ☐ 牙齦炎 ☐ 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		
													左		
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
下													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

110 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
☐ 診所 ☐ 醫院 科			☐ 未發現異常 ☐ 有異狀，治療情形： ☐ 已矯治 ☐ 定期追蹤 其他治療及建議：	
☐ 診所 ☐ 醫院 科			☐ 未發現異常 ☐ 有異狀，治療情形： ☐ 已矯治 ☐ 定期追蹤 其他治療及建議：	
☐ 診所 ☐ 醫院 科			☐ 未發現異常 ☐ 有異狀，治療情形： ☐ 已矯治 ☐ 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