

【表一】彰化縣 115 學年度國民中小學「學生健康檢查工作」說明書暨同意書

親愛的家長：您好！

學童健康狀況及後續照顧，縣長及教育處長期關心，每年均挹注大量經費辦理學生健康檢查，本年度此項工作由彰化縣醫師公會組成之醫療團隊為您的子弟提供服務，秉持醫療在地化的精神，我們希望建立學童醫療照護網絡，讓我們了解孩子健康狀況，在校能得到妥善的健康照護。並對於需追蹤及治療之學童，讓縣府基層醫療團隊及家長共同來關心，為孩子的健康一起努力，為了解貴子弟的健康狀況，敬請注意下列事項：

- (一) 當天請穿著體育服裝，天氣冷另加外套，避免穿緊身套頭衛生衣。若非緊急事故，當天請勿缺席。若因故缺席，應配合另行擇期補檢。
- (二) 檢查前請做好個人衛生（潔牙、沐浴），以方便醫生檢查。
- (三) 全身健康檢查項目包含眼睛疾病、耳鼻喉、頭頸、胸部、腹部、脊柱四肢、皮膚及泌尿生殖、口腔等項檢查，**個人隱私處(如胸廓異常檢查、腹部、男生泌尿生殖器檢查) 檢查過程隱密**且均有**醫生、護理人員及校方代表陪同**，敬請家長放心。
- (四) 如果您不願意貴子弟在校接受檢查或無法配合檢查時間，請家長仍必須自行帶至您信賴的醫療院所，或有參與本計劃之醫療團隊之診所接受檢查，並自行負擔費用，將回條交回學校。
- (五) 為延續縣長關懷學童健康照護政策之推動，本年度針對健檢異常學生，健檢管理中心將定期追蹤以確認學生複檢及矯治成效。如有打擾之處，敬請包涵。謝謝您的合作！

彰化縣政府教育處

彰化縣醫師公會 敬啟 聯絡電話：7234284

※ 檢查日期：_____年_____月_____日

學生健康檢查 家長同意書

學校：_____ 檢查日期：_____

班級：_____年_____班 學生姓名：_____ 座號：_____



我已充分了解學生健康檢查重要性與相關事項，**配合在校健康篩檢**及後續追蹤矯治。

隱私處檢查請勾選**(二選一)**，若有塗改，請於塗改處旁簽名或蓋章以示負責。

☐ **同意** 檢查個人隱私處

☐ **不同意** 檢查個人隱私處

備註：在校健康檢查項目全額補助。選擇自行帶孩子至醫院需自費檢查，並於二週內將報告繳回健康中心。

※家長簽章(請用原子筆簽全名)：_____

※回條請於 **115** 年_____月_____日前交給班導師，再統一繳回健康中心彙整