【附件六】

# 萬能科技大學 115 學年新生健康檢查注意事項

一、依據：教育部「學生健康檢查實施辦法」及本校「健康管理實施要點」等相關法令。

二、實施對象：本校日間部全體新生

三、請於 115 年 9 月 7 日(星期一)至 9 月 13 日(星期日) 掃描右方 QR Code 或登入網址：https://check.ch.com.tw/vnuCHECK/index.aspx，填妥新生健康檢查資料(無須列印)。

四、檢查方式：

**(一)在校檢查：**費用每人**新台幣** 800 元，由代檢醫療單位派員現場收費)

1.健檢時間：115 年 9 月 14 日(星期一)【08:00-11:30 、13:00-16:00】

2.健檢地點：活動中心。

3.健檢須知：毋須空腹！

(1)請穿著簡便服裝，無金屬、亮片之衣物（上衣口袋勿置物，項鍊先取下）、睡眠充足、心情放輕鬆。

(2)請攜帶新台幣 800 元並依照各系排定的**健檢時間**親自到校受檢。

**(二)自行前往各醫院檢查：**費用約 1,500~2,500 元。

1.請自行列印「**萬能科技大學健康檢查紀錄單**」(詳見次頁或至衛保組網頁下載)前往 各醫院**(不含衛生所及檢驗所)**檢查，並於 9 月 14 日當天至體檢現場繳交體檢報告。

2.健檢項目若與教育部規定不符或短缺者，請於現場補做。

五、新生若提出曾於三個月內(115.6.14 **以後**)接受Ｘ光檢查且報告無異常者，可免參加健檢之Ｘ光檢查項目。

**六、依據教育部函「學生健康檢查實施辦法」修正條文規定，未滿 20 歲學生需父母同 意理學應檢查項目「胸腔及外觀檢查、腹部檢查」，若家長不同意於校內進行檢 查，請至衛生保健組網頁下載填寫「萬能科技大學一理學檢查-胸、腹部不同意受檢聲明書」，體檢當日繳交不同意受檢聲明書，並自行帶至醫院檢查，於開學後兩 週內繳交此項檢查報告，該項費用自理不另退費。**

七、如有健檢相關問題請與本校衛生保健組聯絡，電話(03)4515811 分機 22101。

學生事務處衛生保健組　　關心您

# 萬能科技大學健康檢查紀錄單 (最後請務必繳交紀錄單)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| □日間部<br>□進修部 | □二技<br>□四技 | □產攜班<br>□僑生班<br>□碩專班 | 系 所 | 身分證字號 | |
| | | | 年 班 | 行動電話 | |

| 學 號 | | 姓名 | □男生<br>□女生 | 生日 | 年 月 日 |
|---|---|---|---|---|---|

1. 是否已於網路填寫健康基本資料、生活型態、自我健康評估 □是 □否
   (若未填寫請於體檢結束前，連結右邊之 QR Code 填寫完成)
2. 女性請務必填寫：本人確定無懷孕 □同意 □不同意 接受X光檢查
3. 健康檢查報告約體檢後一個月可至啟新診所專業健診中心網路查詢報告
4. 同意背面個人資料同意書之條款，<u>若不同意請勿接受本健康檢查服務</u>

上述資料無誤，請簽名：(_____)

| 檢查項目 | 檢查日期： 115 年 月 日 (以下由檢查單位填寫) | | 檢查醫事人員簽章 |
|---|---|---|---|
| 身高：_____公分 | 體重：_____公斤 | 腰圍_____公分 | 檢測者蓋章 |
| 血壓： ①_____/_____mmHg | 脈搏：_____次/分 | ②_____/_____mmHg | 檢測者蓋章 |
| 視力檢查：裸視：右眼_____ | 左眼_____ | 矯正：右眼_____左眼_____ | 檢測者蓋章 |
| 辨色力 | □無明顯異常 | □辨色力異常 □其他_____ | 檢測者蓋章 |
| 聽力 | □無明顯異常 | □左耳聽力弱_____ □右耳聽力弱_____ | 檢測者蓋章 |
| 眼 | □無明顯異常 | □睫毛倒插 □眼球震顫 □眼瞼下垂 □其他 _____ | 醫師蓋章 |
| 頭頸 | □無明顯異常 | □斜頸 □異常腫塊 □甲狀腺腫大(□輕度) □其他 | |
| 耳鼻喉 | □無明顯異常 | □疑似中耳炎 □扁桃腺腫大 □耵聹栓塞 □其他_____ | |
| 胸腔及外觀 | □無明顯異常 | □心肺疾病 □胸廓異常 □其他 _____ | |
| 心臟 | □無明顯異常 | □心律不整 □心雜音 □心搏過速 □心搏過緩 □其他 | |
| 腹部 | □無明顯異常 | □異常腫大 □其他_____ | |
| 脊柱四肢 | □無明顯異常 | □脊柱側彎 □蹲踞困難 □肢體畸形 □其他 | |
| 皮膚 | □無明顯異常 | □癬 □疥瘡 □疣 □異位性皮膚炎 □溼疹 □其他_____ | |
| 其他 | | | |
| 口腔 | □無明顯異常 | 未治癒齲齒:□0.無 □1.有<br>缺牙(因齲齒拔除):□0.無 □1.有<br>已矯治牙齒:□0.無 □1.有<br>牙齦炎※:□0.無 □1.有<br>牙結石※:□0.無 □1.有<br>□口腔衛生不良 □咬合不正(□矯治中) □其他 | 牙醫師簽章 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 尿液檢查 | 尿糖 | | 血脂肪 | 總膽固醇 | 血號 | 檢測者蓋章 | |
| | 尿蛋白 | | 腎功能 | 尿酸 | | | |
| | 酸鹼值 | | | 肌酸酐 | | | |
| | 潛血 | | 肝功能 | 麩胺酸草醋酸轉胺酶 | 是否繳費 | 收費者蓋章 | |
| | □生理期(或前後) | | | 麩胺酸丙酮酸轉胺酶 | | | |
| 血液常規8項檢查 | WBC、RBC、HB HT、MCV、MCH MCHC、Plt | | 繳交體檢表 | 收表者蓋章 | 胸部X光攝影 | (1樓萬能獅舞台旁X光車) | |

# 個人資料提供同意書

本同意書說明萬能科技大學（以下簡稱本校）將如何處理本表單所蒐集到的個人資料。

當您勾選「我同意」並簽署本同意書時，表示您已閱讀、瞭解並同意接受本同意書之所有內容及其後修改變更規定。 若您未滿十八歲，應於您的法定代理人閱讀、瞭解並同意本同意書之所有內容後，方得使用本服務，但若您已接受本服務，視為您已取得法定代理人之同意，並遵守以下所有規範。

一、基本資料之蒐集、更新及保管

1.本校在中華民國「個人資料保護法」與相關法令之規範下，依據本校「個人資料保護管理政策」，蒐集、處理及利用您的個人資料。

2.請於申請時提供您本人正確、最新及完整的個人資料。

3.本校因執行業務所蒐集您的個人資料，包括姓名、出生年月日、國民身份證統一編號、護照號碼、家庭、職業、職稱、聯絡方式(電話)等個人資料保護法所定義之個人資料。

4.若您的個人資料有任何異動，請主動向本校申請更正，使其保持正確、最新及完整。

5.若您提供錯誤、不實、過時或不完整或具誤導性的資料，您將損失相關權益，同時本校就此不實資料不負任何法律責任。

6.您可依中華民國「個人資料保護法」，就您的個人資料行使以下權利：

(1)查詢或請求閱覽。(2)請求製給複製本。(3)請求補充或更正。(4)請求停止蒐集、處理及利用。(5)請求刪除。但因本校執行職務或業務所必須者，本校得拒絕之。若您欲執行上述權利時，請參考本校「個人資料保護管理政策」之個人資料保護聯絡窗口聯絡方式與本校連繫。但因您行使上述權利，而導致權益受損時，本校將不負相關賠償責任。

二、蒐集個人資料之目的

1.本校為新生健康檢查業務需蒐集您的個人資料。

2.當您的個人資料使用方式與當初本校蒐集的目的不同時，我們會在使用前先徵求您的書面同意，您可以拒絕向本校提供個人資料，但您可能因此喪失相關權益。

3.本校利用您的個人資料期間為 **依教育部規定期間** 內，利用地區為中華民國領域內（台灣地區，包括澎湖、金門及馬祖等地區)。

三、基本資料之保密

您的個人資料受到本校「個人資料保護管理政策」之保護及規範。本校如違反「個人資料保護法」規定或因天災、事 變或其他不可抗力等事由，致您的個人資料被竊取、洩漏、竄改或遭其他侵害，本校將於查明後以電話、信函、電子郵件或網站公告等方法，擇適當方式通知您。

四、同意書之效力

1.當您勾選「我同意」並簽署本同意書時，即表示您已閱讀、瞭解並同意本同意書之所有內容，您如違反下列條款時，本校得隨時終止對您所提供之所有權益或服務。

2.本校保留隨時修改本同意書規範之權利，本校將於修改規範時，於本校網頁(站)公告修改之事實，不另作個別通知。**如果您不同意修改的內容，請勿繼續接受本服務。**否則將視為您已同意並接受本同意書該等增訂或修改內容之拘束。

3.您自本同意書取得的任何建議或資訊，無論是書面或口頭形式，除非本同意書條款有明確規定，均不構成本同意條款以外之任何保證。

五、準據法與管轄法院

本同意書之解釋與適用，以及本同意書有關之爭議，均應依照中華民國法律予以處理，並以臺灣桃園地方法院為管轄法院。