

大漢學校財團法人大漢技術學院採購公告（第二次公告）

※採購規格請優先使用已取得政府認可之相關標章(環保、節水、節能等)使用許可，而其效能較好相同或相似之產品。

公告編號：1100602

標的名稱：新生健康檢查費

數量：420 人

預算金額：273,000

決標標的名稱及數量摘要：詳如規格明細表

公告單位：總務處庶務組(鄭先生)

電話：03-8210845

傳真：03-8266588

採購機關地址：花蓮縣新城鄉大漢村樹人街1號

採購方式：公開取得報價單或企劃書(報價單須註記廠牌、型號、規格)

底價金額是否公告：否

決標方式：最低價者得標（以比價或議價方式辦理）

公告日期：110 年 6 月 15 日

收件截止日期：110 年 6 月 21 日

開標日期：110 年 6 月 22 日(時間 15:10)

開標地點：行政大樓第一會議室

履約期限：110 年 6 月 30 日前

經費來源：學生自費



大漢學校財團法人大漢技術學院 110~111 學年度學生健康檢查規格說明

一、健檢時間：預訂每年 10 月。

二、健檢地點：本校。

三、預估健檢人數：新生(日、進)約 420 人，進行健康檢查(見表一)。

四、檢查項目

表一 新生健康檢查項目表

| 檢查項目 | | 建議檢查方法 | |
|------|---|---------------------------------|------------------|
| 項目 | 內容 | 方法 | 檢查用具 |
| 體格 | 身高 | 身高測量 | 身高計 |
| 生長 | 體重 | 體重測量 | 體重計 |
| 血壓 | 血壓 | 血壓測量 | 血壓計 |
| 眼睛 | 視力、辨色力 | 視力測量 | 視力表、色盲本 |
| 耳鼻喉 | 聽力 | 音叉檢查法 | 512Hz 音叉 |
| | 耳膜破損、盯聾栓塞、扁桃腺腫大及其他異常 | 視診、觸診 | 頭鏡、耳鏡、手電筒、壓舌板、燈光 |
| 頭頸 | 斜頸、異常腫塊及其他 | 視診、觸診 | |
| 胸部 | 心肺疾病、胸廓異常及其他異常 | 視診、觸診、聽診 | 聽診器、屏風 |
| 腹部 | 異常腫大、疝氣及其他異常 | 視診、觸診、扣診 | |
| 脊柱四肢 | 脊柱側彎、肢體畸形、青蛙肢及其他異常 | 視診、觸診 Adam 前彎測驗 四肢及關節活動評估 | |
| 皮膚 | 癬、疥瘡、疣、異位性皮膚炎、溼疹及其他異常 | 視診、觸診 | |
| 口腔 | 口腔衛生不良、牙結石、牙齦炎、牙周炎、齒列咬合不正、口腔黏膜異常、齲齒、缺牙、及其他異常 | 視診 | 頭鏡、探針、口鏡、燈光、手套 |
| 尿液 | 尿蛋白、尿糖、潛血、酸鹼度 | 試紙儀器判讀法或顯微鏡法 | 試紙或顯微鏡 |
| 血液檢查 | 血液常規：血色素、白血球、紅血球、血小板、平均血球容積、血球容積比 血脂肪：總膽固醇 (T-CHOL) 腎功能：肌酸酐、尿酸、尿血素氮 尿酸 肝功能：SGOT、SGPT 血清免疫學： HBs Ag、Hbs Ab | 抽血 | 實驗室檢查設備 |
| X 光 | 胸部 X 光 | X 光(大片) | 影像檢查設備 |

費用： 元/位

五、承辦單位資格：須具醫療機構開業執照。

六、健康檢查進行：

(一)校方提供健檢場地，場地佈置、工作人員及所需儀器設備均由院方負責。牙科檢查使用拋棄式



牙鏡。

(二)健檢當日未能到場接受檢查之學生，院方應提供學生於本校附近補檢之方案。補檢項目及價錢與團體議價結果相同。

七、檢查結果處理：

(一)健檢結果報告：

1. 健康檢查報告及健康護照每位學生一本，需包含各項異常說明及建議，由校方轉發給學生。
2. 全校健康檢查結果，以系所為單位將報告整理成冊，並附檢查結果總表及各項檢查、異常結果統計資料。
3. 協助教育部「大專校院教職員工生健康雲端管理系統」之「健檢資料匯入」各項分析，研究所、四技、二技須分別統計分析。

(二)提供健康檢查管理作業系統（使用授權書一年）內容包括：

1. 院方之學生健康檢查資料管理作業系統。
2. 院方之資料統計分析作業系統。
3. 健檢表以系/所為單位整理成冊，並附檢查結果總表及統計資料。
4. 班級報告以全校為單位整理成冊，並附檢查結果總表。

(三)上述健康檢查結果應於檢查後三十個工作天內完成，如有重大異常項目，應於發現後一週內通知校方。

(四)院方應保留血液檢體至交付校方健檢結果後兩個星期。校方有權對檢查結果抽樣複查，院方應提供血液檢體供複查所用。校方可針對血液檢查項目抽取最多 1%之樣本進行複查，複檢單位為校方指定之公立醫院，複檢費用由院方負責。

(五)血液複查結果與原檢查報告相符合之程度，將做為本校未來辦理相關採購案之參考依據。



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|---|-----------------|------|---------|---|--------------|-----------------|----|----|---------|----|----|----|----|--------------|-------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 全身檢查項目 | 檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選） | | | | | | | | | | | | | | | 檢查醫事人員 簽章 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身高： | 公分 | | 體重： | 公斤 | | 自選項目： <input type="checkbox"/> 腰圍 | | | | | 公分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血壓： | / mmHg | | 脈搏： | 次/分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 視力檢查 | 裸視：左眼 | | | | | 右眼 | | | | | 矯正視力：左眼 | | | | | 右眼 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 | | | | | <input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻喉 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 | | | | | 聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 頭頸 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 | | | | | <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 | | | | | <input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 | | | | | <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脊柱四肢 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 | | | | | <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 青蛙肢（蹲距困難） <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 泌尿生殖 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 未檢查 | | | | | <input type="checkbox"/> 包皮異常 <input type="checkbox"/> 精索靜脈曲張 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 | | | | | <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 | | | | | <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 牙齒位置圖 | 檢查代碼 | | | | | C-齲齒 X-缺牙 -已矯治 ϕ -阻生牙 Sp.-贅生牙 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 右上 | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 左上 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 右下 | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 左下 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 總評建議 | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受 <input type="checkbox"/> 其他建議： | | | | | | | | | | | | | | | 科醫師診治 | | 承辦檢查醫院簽章 | | | | | | | | | | | | | | |
| 實驗室檢查項目 | | 初查結果 | 檢查結果 異常註記 追蹤 | | 實驗室檢查項目 | | 初查結果 | 檢查結果 異常註記 追蹤 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 尿液檢查 | 尿蛋白（+）（-） | | | | 血脂肪 | 總膽固醇（mg/dl） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 尿糖（+）（-） | | | | | 腎功能檢查 | 肌酸酐（mg/dl） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 潛血（+）（-） | | | | | | 尿酸（mg/dl） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 酸鹼值 | | | | | | 血尿素氮（mg/dl）※ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液常規檢查 | 血色素（g/dl） | | | | 肝功能檢查 | 麩胺酸草醋酸轉胺酶（U/L） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 白血球（ $10^3/\mu\text{L}$ ） | | | | | 麩胺酸丙酮酸轉胺酶（U/L） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 紅血球（ $10^6/\mu\text{L}$ ） | | | | 血清免疫學 | B型肝炎表面抗原 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 血小板（ $10^3/\mu\text{L}$ ） | | | | | B型肝炎表面抗體 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 平均血球容積 MCV（fl） | | | | 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 血球容積比 Hct（%）※ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部 X 光檢查 | 檢查日期 | 檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | | | | | 複查矯治、日期及備註： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臨時性檢查 | 檢查名稱 | 檢查日期 | | 檢查單位 | | 檢查結果 | | 轉介複查追蹤及備註 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康管理綜合紀錄 | 健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

