

# 臺南市 110 學年度 \_\_\_\_\_ 區(健檢四大分區)學生健康檢查觀察員評值表

## 一、基本資料

區 _____ 國中(小) _____		檢查年級： <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 七年級
觀察日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	承辦醫院： _____	
應檢查人數： 一年級 _____ 人 四年級 _____ 人 七年級 _____ 人	檢查地點： <input type="checkbox"/> 活動中心或禮堂 <input type="checkbox"/> 會議室 <input type="checkbox"/> 專科教室 <input type="checkbox"/> 健康中心 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
<b>學生健檢工作時間：</b> 上午開始時間： _____ 時 _____ 分 至 _____ 時 _____ 分結束，檢查人數 _____ 人。 下午開始時間： _____ 時 _____ 分 至 _____ 時 _____ 分結束，檢查人數 _____ 人。		

## 二、行政執行情形

<b>1. 檢查站標示(可複選)：</b> <input type="checkbox"/> 檢查站有立標示牌 <input type="checkbox"/> 標示牌上註明檢查項目 <input type="checkbox"/> 以上皆無
<b>2. 檢查動線安排(可複選)</b> <input type="checkbox"/> 設置候診區，受檢者與候診者能保持 60-90 公分左右距離 <input type="checkbox"/> 檢查前能向學生說明現場動線及配合事項 <input type="checkbox"/> 標示檢查動線或安排專人導引學生出入 <input type="checkbox"/> 每一檢查站安排專人掌控順序 <input type="checkbox"/> 以上皆無
<b>3. 檢查現場環境</b> 檢查現場秩序： <input type="checkbox"/> 非常良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 有點混亂 <input type="checkbox"/> 很混亂 <input type="checkbox"/> 非常混亂 檢查環境噪音： <input type="checkbox"/> 非常安靜 <input type="checkbox"/> 很安靜 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 有點吵雜 <input type="checkbox"/> 很吵雜 <input type="checkbox"/> 非常吵雜 檢查場所光線： <input type="checkbox"/> 非常充足 <input type="checkbox"/> 很充足 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 有點不足 <input type="checkbox"/> 很不足 <input type="checkbox"/> 非常不足

## 三、檢查人員配備

<b>1. 是否配戴口罩：</b> <input type="checkbox"/> 無 ( <input type="checkbox"/> 牙科醫師 <input type="checkbox"/> 內兒科醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他 _____) <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 牙科醫師 <input type="checkbox"/> 內兒科醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他 _____)
<b>2. 檢查者是否配戴手套(可複選)：</b> <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 內兒科 ( <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 脊柱四肢 <input type="checkbox"/> 泌尿科 <input type="checkbox"/> 皮膚科) 檢查手套是否更換： <input type="checkbox"/> 每位學生均更換 <input type="checkbox"/> 偶而更換 <input type="checkbox"/> 完全未更換 <input type="checkbox"/> 無，手部清潔： <input type="checkbox"/> 乾洗手液搓洗 <input type="checkbox"/> 酒精棉擦拭 <input type="checkbox"/> 清水洗手 <input type="checkbox"/> 紙(毛)巾擦拭 <input type="checkbox"/> 以上皆無 <input type="checkbox"/> 經建議後改善

#### 四、檢查項目執行情形

	檢查項目	檢查人員/是否檢查	檢查方法 (可複選)
脊 柱  四 肢	脊柱側彎	<input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 行政人員	檢查方式： <input type="checkbox"/> 個別檢查 <input type="checkbox"/> 排列式檢查 檢查內容： <input type="checkbox"/> 穿著較薄衣物 (能脫去厚重外套) <input type="checkbox"/> 雙腳併攏直立，兩手自然下垂或合掌 <input type="checkbox"/> 請學生向前彎腰至90度 <input type="checkbox"/> 站立在學生後方檢查 <input type="checkbox"/> 觸診脊柱
	蹲踞困難	<input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 行政人員	檢查方式： <input type="checkbox"/> 個別檢查 <input type="checkbox"/> 排列式檢查 檢查內容： <input type="checkbox"/> 脫去鞋襪 <input type="checkbox"/> 請學生雙膝併攏，足跟著地下蹲 <input type="checkbox"/> 重覆測試
	多併指、關節變形、水腫	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 脫去鞋襪 <input type="checkbox"/> 視診 <input type="checkbox"/> 觸診 (按壓雙腳、足背、內踝、脛前)

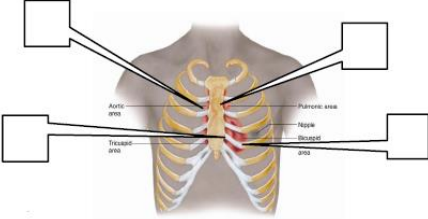
	檢查項目	是否檢查	使用器材 (可複選)	檢查方法 (可複選)
口 腔	齲齒	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 頭鏡 <input type="checkbox"/> 探針 <input type="checkbox"/> 口鏡 <input type="checkbox"/> 燈光 <input type="checkbox"/> 手套	檢查姿勢： <input type="checkbox"/> 坐姿 <input type="checkbox"/> 站姿 <input type="checkbox"/> 躺於牙科檢查椅 檢查場所光線： <input type="checkbox"/> 充足 <input type="checkbox"/> 光線不足，有使用手電筒或站燈 <input type="checkbox"/> 光線不足，未使用輔助器材 <input type="checkbox"/> 依序檢查牙齒狀況並記錄 齲齒記錄代號 (C-齲齒、△-已矯治、X-缺牙 /-待拔牙、φ-阻生牙、Sp.-贅生牙) <input type="checkbox"/> 其他：_____
	口腔衛生不良、牙結石、口腔黏膜異常、牙周疾病 (牙齦炎、牙周炎)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 視診 (目測牙齒表面及牙縫有食物殘渣、牙垢堆積) <input type="checkbox"/> 問診 <input type="checkbox"/> 使用探針檢查牙結石及牙齦溝狀況
	齒列咬合不正	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 目測檢查牙齒排列 <input type="checkbox"/> 請學生做牙齒上下咬合的動作
	其他檢查	<input type="checkbox"/> 有，檢查項目：_____ <input type="checkbox"/> 無		

眼	檢查項目	是否檢查	使用器材 (可複選)	檢查方法 (可複選)
科 檢 查	斜視	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 小手電筒 <input type="checkbox"/> 遮眼板 <input type="checkbox"/> 以手	<input type="checkbox"/> 光照反射法 (以燈光照射受檢者) <input type="checkbox"/> 交替遮眼法 (以手或遮眼板遮住受檢者一眼) <input type="checkbox"/> 視診 (僅以目測判斷眼位)
	睫毛倒插 眼球震顫 眼瞼下垂	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 小手電筒	檢查姿勢： <input type="checkbox"/> 站姿 <input type="checkbox"/> 坐姿 <input type="checkbox"/> 以手電筒照在下眼皮 <input type="checkbox"/> 視診 (僅以目測) <input type="checkbox"/> 定點注視

耳 鼻 喉	檢查項目	是否檢查	使用器材 (可複選)	檢查方法 (可複選)
科	聽力篩檢	<input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 行政人員	<input type="checkbox"/> 音叉檢查法 <input type="checkbox"/> 錶響聽力檢查	檢查環境： <input type="checkbox"/> 吵雜 <input type="checkbox"/> 安靜 檢查姿勢： <input type="checkbox"/> 排列檢查 <input type="checkbox"/> 個別檢查 <input type="checkbox"/> 受檢學生有保持適距離 音叉檢查位置： <input type="checkbox"/> 額頭正中線上 <input type="checkbox"/> 耳後5公分 重覆測試_____次 <input type="checkbox"/> 無
	構音異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 請學生由1數到10 <input type="checkbox"/> 請學生講出名字
	耳道畸形、耳膜 破損、盯聾栓 塞、中耳炎、耳 前瘻管、扁桃腺 腫大、慢性鼻 炎、過敏性鼻炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 頭鏡 <input type="checkbox"/> 耳鏡 <input type="checkbox"/> 手電筒 <input type="checkbox"/> 壓舌板 <input type="checkbox"/> 窺鼻器	<input type="checkbox"/> 視診 <input type="checkbox"/> 視診並以器材輔助檢查 <input type="checkbox"/> 以觸診檢查扁桃腺腫大情形 <input type="checkbox"/> 問診 (詢問是否有過敏現象)
頭 頸 部	斜頸、異常腫塊、 甲狀腺腫、淋巴腺 腫大及其他異常 腫塊大	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		檢查姿勢： <input type="checkbox"/> 站姿 <input type="checkbox"/> 坐姿 檢查方法： <input type="checkbox"/> 視診 <input type="checkbox"/> 觸診 (僅以手觸摸檢查) <input type="checkbox"/> 請學生吞嚥口水 <input type="checkbox"/> 觸摸頸部及下顎兩側 <input type="checkbox"/> 請學生轉頭，下巴與肩線平 行，以手觸摸是否有硬塊。

	檢查項目	是否檢查	使用器材	檢查方法 (可複選)	檢查位置 (可複選)
皮膚	癬疣、紫斑、 疥瘡、濕疹、 異位性皮膚炎、 黑色棘皮症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 屏風 <input type="checkbox"/> 站燈	<input type="checkbox"/> 視診 <input type="checkbox"/> 問診	<input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 胸、腹、背部 <input type="checkbox"/> 上肢 (手肘、手心、手指) <input type="checkbox"/> 下肢 (足背、腳趾、足底) <input type="checkbox"/> 膝蓋內側 <input type="checkbox"/> 身體關節處

	檢查項目	是否檢查	使用器材 (可複選)	檢查方法 (可複選)
腹部	肝、脾腫大、疝 氣 (腹部)、其 他異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 聽診器 <input type="checkbox"/> 屏風或遮簾 <input type="checkbox"/> 檢查床	檢查姿勢： <input type="checkbox"/> 站姿 <input type="checkbox"/> 坐姿 <input type="checkbox"/> 仰臥 檢查方法： <input type="checkbox"/> 視診 <input type="checkbox"/> 聽診 <input type="checkbox"/> 觸診 <input type="checkbox"/> 叩診 檢查位置 (請打勾)： <input type="checkbox"/> 右上腹部 <input type="checkbox"/> 左上腹部 <input type="checkbox"/> 左下腹部 <input type="checkbox"/> 右下腹部

	檢查項目	是否檢查	使用器材 (可複選)	檢查方法 (可複選)
胸腔 及 外 觀 ( 胸 部 )	胸廓 呼吸聲	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 屏風 <input type="checkbox"/> 聽診器 <input type="checkbox"/> 烤燈或暖氣 (天冷時)	檢查方法： <input type="checkbox"/> 視診 <input type="checkbox"/> 觸診 <input type="checkbox"/> 請學生深呼吸，觀察胸廓活動 <input type="checkbox"/> 聽診 (聽診器檢查) <input type="checkbox"/> 前胸 <input type="checkbox"/> 後胸
	心音檢查 (心雜音、 心律不整)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		檢查姿勢： <input type="checkbox"/> 站姿 <input type="checkbox"/> 坐姿 <input type="checkbox"/> 仰臥 <input type="checkbox"/> 排列式 檢查距離： <input type="checkbox"/> 有保持距離 (約90公分) 檢查環境： <input type="checkbox"/> 安靜 <input type="checkbox"/> 吵雜 聽診位置 (可複選)： 
				聽診時間共約 _____ 秒
	心電圖	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 心電圖儀器	<input type="checkbox"/> 立即檢查 <input type="checkbox"/> 休息5~10分鐘後檢查

	檢查項目	是否檢查	使用器材 (可複選)	檢查方法 (可複選)
泌尿 生殖 器 檢 查	腹股溝疝氣	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 屏風或遮簾	檢查姿勢： <input type="checkbox"/> 學生面對檢查者站立 檢查方法： <input type="checkbox"/> 僅以視診檢查 <input type="checkbox"/> 觸診 輔助檢查方法： <input type="checkbox"/> 檢查隱睾時，能再次確認，請學生跳躍動作 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大時用手電筒照射陰囊 <input type="checkbox"/> 檢查包皮及尿道出口異常時，能以手輕撥龜頭
	隱辜	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	陰囊腫大 精索靜脈曲張	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	尿道出口異常 包皮異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
場所 及 態 度	檢查場所佈置隱密度： <input type="checkbox"/> 足夠 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不足 健檢團隊護理人員陪同： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 檢查者態度： <input type="checkbox"/> 溫和親切 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 態度冷漠 <input type="checkbox"/> 檢查輕率 觸診後有更換手套： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
備註	<input type="checkbox"/> 觀察員無法進入檢查場所			

**總評：**

1. 專人總評解說：無 有 由(可複選)：醫院派員 學校人員 其他\_\_\_\_\_
2. 總評工作方法(可複選)：
- 檢視應檢查項目是否完成 檢查紀錄字體清晰 檢查結果通知單清楚註明複檢科別
- 現場分發檢查結果通知單 分發衛教單張
- 其他\_\_\_\_\_

**增列項目**

1. 血壓檢查：

- (1) 檢查人員：護理人員測量 行政人員
- (2) 檢查用具：電子血壓計 隧道式血壓計 水銀式血壓計 其他

## 五、觀察者綜合意見

1. 觀察員背景：學務主任      衛生組長      教師  
退休護理人員   退休醫事人員   退休教師   家長志工   其他\_\_\_\_\_
2. 檢查人員態度：非常良好   良好   尚可   有點不好   很不好   非常不好
3. 在本次觀察結果，發現學校與承辦醫院之優點與缺點：

學校配合情形	承辦醫院執行情形
優點：	優點：
缺點：	缺點：

4. 對學生健康檢查活動的整體評值：(十分量表，分數依序遞增，分數越高評等越佳)

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

5. 其他意見
- 

觀察員簽名：\_\_\_\_\_

### 備註：

1. 本評值表僅供本局作為 111 學年度國中小學生健康檢查品質監測之分析參考，不做為其他用途。
2. 本評值表將置於臺南市政府教育局/學輔校安科/文件下載處，請各校於辦理學生健康檢查時下載使用。