

## 個人資料保護政策聲明

### 本校有關教育部「106-108年度大專校院學生健康資訊系統維運及健康資料分析計畫」之105-107學年度個人資料保護政策聲明

爰執行教育部「106-108年度大專校院學生健康資訊系統維運及健康資料分析」計畫，該計畫之目標乃為建立全國大專校院學生之健康狀況與健康行為監測系統並進行資料分析、建立大專校院學生健康自主管理之機制，以做為學校健康管理、健康促進以及政府政策分析與擬訂之依據。本校將提供105-107學年度經加密而無法辨識個人的學生層級健康檢查、生活型態及自我健康評估相關資料給予教育部以及計畫執行單位國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系，完成建置大專校院學生健康資訊系統及進行資料分析，以提升本校學生健康檢查相關資料之安全與品質，以及學校衛生相關工作之效能。

依據學校衛生法第8條，學校應建立學生健康管理制度，定期辦理學生健康檢查；必要時，得辦理學生及教職員工臨時健康檢查或特定疾病檢查。本校爰依據個人資料保護法第6條第一項第一、二款，第15條第一款、第16條第一款、第19條第一項第一款、第20條第一項第一款與細則第10條第一款有關法定職務之規定，蒐集、處理及利用上述學校健康個資；其中包括但並不限於：依據新版「特定目的及個人資料之類別」(民國101年10月01日施行)之特定目的：○一二公共衛生或傳染病防治、○六四保健醫療服務、○七二政令宣導、○七三政府資訊公開、檔案管理及應用、一〇九教育或訓練行政、一五六衛生行政、一五七調查、統計與研究分析、一五九學術研究，而蒐集、處理及利用識別類之C〇〇一辨識個人者；特徵類之C〇一一個人描述、C〇一二身體描述、C〇一三習慣、C〇一四個性；健康與其他類之C一一一健康紀錄...等等。本校擬提供之資料詳細內容如**附件**，其中，學生基本資料僅提供下列欄位予教育部：學生學制別、出生年份、出生月份、血型、性別及戶籍縣市。

本校依據學校衛生法第8條及個人資料保護法第6條、第8條、第15條第一款、第19條第一項第一款，而參與執行上述教育部計畫，於特定目的內利用相關資料。同時依據第16條第五款、第20條第一項第五款，與學校衛生法之旨趣，配合教育部基於公共利益、及為統計或學術研究之需要而主張特定目的外之利用。為符合個人資料保護法第18條及第27條，以及施行細則第12條，本校依教育部之建議，遵循標準作業流程進行學生層級資料加密之工作，上傳至教育部建置之「大專校院教職員工生健康雲端管理系統」，並僅提供教育部及國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系進行資料分析。後續所進行之資料統計分析，不會以個人資料的方式呈現。本計畫對於當事人資料已盡安全維護義務。

本校依據教育部建議與個人資料保護法第6條第一項第一、二款與第二項，以及第16條第五款(公校)與第20條第一項第五款(私校)之目的外利用，且依據民國105年3月15日修正施行個人資料保護法第六條、第七條、第八條、第十五條、第十六條、第十九條、第二十條條文，得不以書面同意為限；故本校依據第五條誠信原則及比例原則之旨趣，將上述相關資料公告於本校**衛生保健組網頁**。

# 國立高雄師範大學 學生健康資料卡

						學號									
學生基本資料	入學日期	年	月	就讀系所、班(組)別			姓名								
	出生日期	年	月	日	血型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號						
	戶籍地址							學生本人行動電話							
	現居地址 (非宿舍)	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：													
	緊急聯絡人、 監護人或附近親友	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	相片黏貼處 (脫帽、光面照)								
健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病						特殊疾病現況或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要								
	<input type="checkbox"/> 1.無	<input type="checkbox"/> 7.癲癇	<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____												
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核	<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡	<input type="checkbox"/> 14.癌症：_____												
<input type="checkbox"/> 3.(先天)心臟病	<input type="checkbox"/> 9.血友病	<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血 ( <input type="checkbox"/> 輕型 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 重型)													
<input type="checkbox"/> 4.(慢性)肝炎	<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症	<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____													
<input type="checkbox"/> 5.(成人)氣喘	<input type="checkbox"/> 11.關節炎	<input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____													
<input type="checkbox"/> 6.腎臟病	<input type="checkbox"/> 12.糖尿病	<input type="checkbox"/> 18.其他：_____													
	19.領有重大傷病？ <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，重大傷病證明卡類別(或疾病名稱)：_____														
	20.領有身心障礙手冊/殘障手冊？ <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，身心障礙手冊類別(或名稱) _____，等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度														
	*若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，請主動告知並提供就診病歷摘要，以作為照護參考														
	21.家族疾病史： <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 _____，疾病名稱 _____														
生活型態	※請勾選最合適的選項：														
	1. 過去7天內(不含假日)，睡眠習慣： <input type="checkbox"/> ①每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> ②不足7小時 <input type="checkbox"/> ③時常失眠						7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常								
2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> ①都不吃 <input type="checkbox"/> ②有時吃，____天 <input type="checkbox"/> ③每天吃，幾點吃？____點						8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常									
3. 過去一個月內(不含假日及寒暑假)，若以每週至少運動3次，每次至少30分鐘為基準，心跳達每分鐘130下，您做到了嗎： <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有						9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常									
4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②時常吸菸 <input type="checkbox"/> ③每天吸菸，____支/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除						10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常									
5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②偶爾喝 <input type="checkbox"/> ③時常喝酒 <input type="checkbox"/> ④每天喝酒，__杯/天 <input type="checkbox"/> ⑤已戒除 (1杯的定義：啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml)						11. 排便習慣：過去7天內，多久排便一次？ <input type="checkbox"/> ①每天至少一次 <input type="checkbox"/> ②兩天 <input type="checkbox"/> ③三天 <input type="checkbox"/> ④四天以上									
6. 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔，____粒/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除						12. 網路使用習慣：過去7天內(不含假日)每日除了上課及作功課需要之外，累積網路使用的時間？ <input type="checkbox"/> ①每天少於1小時 <input type="checkbox"/> ②每天約1-2小時 <input type="checkbox"/> ③每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> ④每天約4-5小時 <input type="checkbox"/> ⑤每天約5小時或以上									
						13. 月經情況(女生回答) (1) 初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有，初經年齡：_____歲 (2) 月經週期 <input type="checkbox"/> ①≤20天 <input type="checkbox"/> ②21-40天 <input type="checkbox"/> ③≥41天 <input type="checkbox"/> ④不規律(差異7天以上) <input type="checkbox"/> ⑤已停經 (3) 有無經痛現象？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重 <input type="checkbox"/> ④已停經									
自我健康評估	1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？ <input type="checkbox"/> ①極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤不好														
	2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？ <input type="checkbox"/> ①極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤不好														
	※目前有哪些健康問題？請敘述：														

註：1.健康資料卡請詳實填答，不可缺項。 2.請使用藍色或黑色原子筆填寫，不可以使用鉛筆或消失筆，字跡力求清晰。

就讀系所、班(組)別		學 號		姓 名	
------------	--	-----	--	-----	--

\*以下由醫療院所填寫，若無檢查醫事人員及醫院簽章，視同無效。**實驗室檢查項目需附檢驗參考值；檢查結果可附報告，免填。**

檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄															檢查醫事人員簽章																																																										
身 高：_____公分					體 重：_____公斤					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_____																																																																							
辨色力		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( <input type="checkbox"/> 左、 <input type="checkbox"/> 右)																																																																							
聽力檢查		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( <input type="checkbox"/> 左、 <input type="checkbox"/> 右)																																																																							
眼		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 其他：_____																																																																							
耳鼻喉		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <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：_____																																																																							
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		(下方位置圖請填寫檢查代碼：C=齲齒 X=缺牙 Δ=已矯治 ϕ=阻生牙 Sp=贅生牙，空白=無明顯異常；如有其他牙齒問題，但無對應之檢查代碼，請自行填寫)																																																																							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;">18</td><td style="width:5%;">17</td><td style="width:5%;">16</td><td style="width:5%;">15</td><td style="width:5%;">14</td><td style="width:5%;">13</td><td style="width:5%;">12</td><td style="width:5%;">11</td><td style="width:5%;">21</td><td style="width:5%;">22</td><td style="width:5%;">23</td><td style="width:5%;">24</td><td style="width:5%;">25</td><td style="width:5%;">26</td><td style="width:5%;">27</td><td style="width:5%;">28</td> <td style="width:5%;"></td> </tr> <tr> <td style="width:5%;">右上</td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> <td style="width:5%;">左上</td> </tr> <tr> <td style="width:5%;">右下</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td style="width:5%;">左下</td> </tr> </table>																	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		右上	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左上	右下																	左下		
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																									
右上	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左上																																																								
右下																	左下																																																								

實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果		實驗室檢查項目		初查結果	檢查結果	
			異常註記	追蹤				異常註記	追蹤
尿 液 檢 查	尿蛋白 (+) (-)				血 脂 肪	總膽固醇 T-chol (mg/dl)			
	尿糖 (+) (-)					三酸甘油脂 TG (mg/dl) *			
	潛血 (+) (-)					腎 功 能 檢 查	肌酸酐 Cr (mg/dl)		
酸鹼值 PH				尿酸 Uric acid (mg/dl)					
血 液 常 規 檢 查	血色素 Hb (g/dl)				肝 功 能 檢 查	血尿素氮 BUN (mg/dl) *			
	白血球 WBC (10 <sup>3</sup> /μL)					麩胺酸草醋酸轉胺酶 GOT (U/L)			
	紅血球 RBC (10 <sup>6</sup> /μL)				麩胺酸丙酮酸轉胺酶 GPT (U/L)				
	血小板 Plt (10 <sup>3</sup> /μL)				血 清 免 疫 學	B 型肝炎表面抗原 HBsAg (+) (-)			
	平均血球容積 MCV (fl)					B 型肝炎表面抗體 HBsAb (+) (-)			
血球容積比 Hct (%)				血 糖	飯前血糖 AC sugar (mg/dl) *				

胸部 X 光檢查	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

總 評 建 議	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治 <input type="checkbox"/> 其他建議：	承辦檢查醫療院所簽章
---------	--	------------

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