

敏惠醫護管理專科學校 114 學年度實習生健康檢查同意書

親愛的家長您好：

恭喜 貴子女於將於民國 115 年 07 月 20 日開始進行基護實習，為維護貴子女於實習期間的安全；及符合實習機構各檢驗項目的要求規定，特委由台南新樓醫院辦理實習前健康檢查（請參閱附件），受檢當日請依規定體檢 1~11 項目並自行繳交費用給院方。

一、實施對象：護理科二年級學生(113 年入學)。

二、地點：敏惠大樓一樓

三、時間：115 年 04 月 13 日（星期一）13：00-16:30 分（各班詳細時間已公告）。

四、當天不用禁食，午餐請採輕淡飲食。

五、上述事項如有問題，請來電護理科實習組詢問。電話：06-6226111 轉 793 或 695。

……………沿線撕下，請班長收齊同意書於 3/16(一)中午前繳交實習組……………
二年級(113 入)體檢家長同意書(Informed Consent)

班級：_____ 座號：_____ 姓名：_____

受檢者已詳細瞭解上述身體檢查的內容及目的。本人及法定代理人同意接受此身體檢查。

同意參加

不同意參加，將自行至區域醫院或教學醫院 (等級以上)之醫院受檢（體檢日期請於 115/4/13~115/4/17 區間完成體檢，並請將體檢報告影印本於 115/5/7 前交回護理科實習組，同時請自行注意 B 肝、C 肝、德國麻疹、水痘、麻疹等抗體是否需要補施打）

受檢者簽名+蓋章：_____  聯絡電話：(家)_____ 手機：_____

家長簽名+蓋章(監護人)：_____  與學生關係：_____

導師簽章：

中 華 民 國 115 年 月 日

※請各班同學統一收齊後→導師審核簽章→3/16(一)中午前繳回護理科實習組。
護理科實習組關心您！



檢 查 項 目	內 容	臨 床 意 義
1. B 型肝炎檢查	B 型肝炎抗原(Hbs Ag) B 型肝炎抗體(Anti-HBS)	了解是否曾感染 B 型肝炎 是否有 B 型肝炎抗體
2. 胸部 X 光檢查	數位 X 光片 CHEST PA	心臟肥大、肺結核、肺氣腫、肺炎肋膜積水、 肺癌等胸部病變檢測
以上費用 400 元		
3. B 型肝炎檢查	B 型肝炎核心抗體(Hbc Ab)Igg	檢測是否自體有抗體
第 3 項費用 400 元		
4. C 型肝炎檢查	C 型肝炎表面抗體(Ant-HCV)	是否感然 C 型肝炎
第 4 項費用 200 元		
5. 肝功能檢查	1.草酸轉氨酵素 SGOT 2.丙酮轉氨酵素 SGPT	肝臟細胞病變、肝細胞受損程度、急性肝炎、 阻塞性黃疸、局限性肝臟癭、肝硬化等檢查
6. 腎功能檢查	1.血清肌酸酐 Creatinine 2.尿素氮 BUN	尿毒、腎炎、急慢性腎功能不足、泌尿道阻等 腎臟疾病檢查
7. 糖尿病檢查	血糖 sugar	糖尿病之代謝疾病
8. 血脂肪檢查	1.總膽固醇 CHOL 2.三酸甘油脂 T-G	中風先兆、動脈硬化、高血脂症、腦血管疾病 等檢查
第 5-8 項費用 300 元		
9. 麻疹抗體檢查	費用 500 元	
10. 水痘抗體檢查	費用 500 元	
11. 德國麻疹抗體檢查	費用 400 元	

資料時間：115/03/02

台南新樓醫院/馬雅各健檢中心 服務專員:陳志勇 0953-026943
院址:台南市東區東門路一段 57 號 E-mail:sinlau-care@umail.hinet.net
馬雅各健檢中心專線:(06) 2087001 傳 真:(06) 2753301