

學生健康管理

壹、緣由

- 一、某些先天性疾病如斜弱視有其治療的黃金時間，若錯過矯正治療的時間，就會失去矯治機會。
- 二、有少數學生原患有心臟病、糖尿病等特殊疾病，可能由於未發覺，或家長隱瞞不報，或未繼續診治，或未能遵照醫囑繼續服藥，或老師不知情而令其劇烈運動等致使在校園內發病甚至「猝死」。

貳、目的

- 一、校園內凡罹患先天性或特殊疾病的學生健康中心皆需列案管理，並依其個別需要提供診治建議或予以特別照護。
- 二、避免學生因先天性或特殊疾病由於校方不知情，而在參與不當的體能訓練或教學活動過程中發病。
- 三、罹患特殊疾病的學生若因故在校發病，校方能提供正確性、持續性、適時性和完整性的照護記錄給予醫療單位參考，使其能及早獲得適當的診治，將其傷病程度減低或避免因急症而死亡。
- 四、對於能及早診治的先天性疾病，校方能運用適當的健康檢查方法，其能早期發現潛在的疾病，適時提供正確醫療輔導，以把握治療的關鍵時期，確保學生健康成長，快樂學習的權益。

參、個案管理的原則

- 一、收案之前審慎評估，建立詳細建立個案檔案資料。
- 二、以人為本，兼顧身、心、社會、靈性的「全人照護」。
- 三、根據個案和家長的認知程度提供適當的護理指導。
- 四、個案照護記錄務求正確性、適時性、持續性、和完整性。
- 五、重視個案的隱私權和檔案的機密性。

肆、個案發現的管道

- 一、定期健康檢查、臨時健康檢查及平時的健康觀察。
- 二、家長所填寫的學生健康狀況調查表或曾經患過疾病的調查表。

三、學生傷病至健康中心，經由專業知識或經驗判斷，進而發現問題。

四、經由導師或其他醫療單位轉介的個案。

伍、收案和結案的基準

一、收案

- (一)有重大傷病需長期追蹤診療者。
- (二)有慢性疾病需預防再發或協同照護者。
- (三)傳染性疾病需予監測或隔離者。
- (四)有過去病史且在校曾發病需醫療照護者。
- (五)先天性缺陷需長期追蹤照護者。

二、結案

- (一)已病癒超過一年者。
- (二)家長或個案拒絕被收案者。
- (三)個案離校：如轉學、中輟、畢業。
- (四)個案死亡。

陸、個案管理的步驟

一、評估學生問題

- (一)家長會談收集身體特殊情況與原因，平時就診醫院、住址和電話號碼，藥物、食物過敏情況，並供給照護重點的衛教。
- (二)儘可能與學生主治醫師取得聯繫，設法取得該疾病最新資料。
- (三)將老師、家長或學生提供之資料加以確定。
- (四)利用身體檢查與評估技巧評估學生健康狀況。

二、確立學生健康問題

三、排定問題優先順序

四、擬定護理計畫

五、確實執行護理計畫

六、評價：護理人員應持續評價個案管理的護理效果，並隨時修正護理計畫。

柒、校園常見先天性潛伏性個案的管理

一、斜弱視學生的管理

- (一)檢查中發現視力或立體感篩異常的學生，應填發書面通知單通知家長，帶其子女接受眼科專科醫師進一步檢查及治療，以達早期發現早期矯治的目標。
- (二)若有家長拒絕或拖延接受進一步診治，則學校相關人員要利用電話訪問或家庭訪問方式，了解不接受診治的原因，協助解決排除困難，協助學生掌握醫療適當時機，避免因延誤治療造成永久性的缺憾。
- (三)學生進一步接受診察之後若確立診斷是屬於斜弱視的問題，則校方需協助家長取得相關醫療資源，促使學生能早日接受治療。
- (四)學校應依據醫師診治建議，確實記錄於健康記錄卡上，輔導學生配合矯治醫療過程，並列案管理避免治療中輟，確保學生健康。

二、身高生長遲滯學生的管理

- (一)學校應於每學期實施學生身高體重檢查，掌握學生身高成長狀況，了解學生生長發育變化。
- (二)測量之後要將其測量所得的數值記錄於健康記錄卡上。並依下列由教育部與小兒內分泌科專家學者所制定身高不足學生評值標準篩檢出疑似身高生長遲滯的學生。

年級	足齡(歲)	身高評值(公分)	
一年級	6	107	
二年級	7	110	
三年級	8	116	
四年級	9	120	
五年級	10	125	
六年級	11	130	
國中一年級	12	男生	女生
		134	138
國中二年級	13	141	144
國中三年級	14	149	146

- (三)篩檢出疑似身高生長遲滯的學生，學校應填發醫療轉介單通知家長，並督促家長帶其子女接受內分泌專科醫師進一步檢查。
- (四)若有家長拒絕或拖延接受進一步診治，則學校相關人員要利用電話訪問或家庭訪問方式，了解不接受診治的原因，協助解決排除困難，必要時聯絡醫療單位給予協助，避免因延誤治療造成永久性的缺憾。
- (五)若家長是因對兒童生長發育遲滯的常識不足，則校方需供給相關醫療資訊或聯繫社區衛生醫療單位，說服家長務必帶學生至醫院診治，以免成年後因身材矮小在求學、就業、生活品質和心理適應等問題造成終身遺憾。
- (六)疑生長發育遲滯學生轉介之後，書面通知的轉介單回條應予妥善收回整理，於健康記錄卡詳細記載，並依據醫師的診斷與建議，確實輔導學生進行生長遲滯原因的進一步檢查、矯治與醫療措施。
- (七)確定生長發育遲滯的學生則需於收案管理。

捌、校園常見特殊疾病的管理

- 一、對於每位特殊體質的學生，應至少每學期會談乙次，學生家長應至少每學年乙次當面或利用電話和家長會談，了解學童目前的身體狀況、是否按時就醫複查並給予健康指導。會談內容需於記錄於個案紀錄表（[附件 1](#)），可作為就醫診療的佐證和追蹤輔導的依據。
- 二、每學期填好輔導追蹤記錄後，需給予整理列印送交校長，學務處主任、衛生組長、體育老師和班級導師（只給予該班級的資料）。避免校內參與學生教學或體能活動的教師不了解學生病程進展，而在不知情情況下施予學生不當的活動，而誘發緊急傷病的發生或不知如何給予學生適當的緊急照顧，致使傷病危害不能減至最低。
- 三、若特殊體質的學童在校園內有傷病突發狀況，除依「學生傷病處理辦法」給予緊急救護外，事後必須於學生傷害事故紀錄表（[附件 2](#)）詳細記載突發傷病的時間和學習發病的經過及緊急處理的過程。
- 五、國內一般民眾普遍醫學知識皆不足，往往造成特殊體質學生的家長緊張慌亂，尤其是學期中新發現的個案。學校是教育單位所以責無旁貸收集相關正確的醫學資訊，可避免家長道聽塗說或輕信偏方，延誤或中斷治療，對學生的身心健康造成不利的影響。
- 六、特殊體質的學生有些是不能恢復永久性的疾病如幼年型糖尿病、血友病和心臟病等，學生可能一輩子需與藥物為伍或與針劑作伴、甚至有些較嚴重的疾患需長期性進出醫院接受診療，這對學生本身和家長均屬於一種壓力源，所以校方除給予心理支持和安慰外，更應積極協助尋求外力支援如社會福利單

位、社區行政單位、社區衛生機關或醫療單位，給予人力物力實質的幫助，讓學生及家長較能坦然接受疾病所帶來的不適和造成生活的不便，提昇生活的品質，讓他們更有勇氣和信心繼續完成人生未完的旅程。

七、特殊體質的學生有些雖平時無異狀，但若不小心誘發疾病發作則可能引發嚴重的後果如蠶豆症或氣喘等，若罹患人數較多時則可規劃團體衛教的方式給予適當的衛生教育，達到自我照護的目標。

八、較具有突發緊急傷病狀況或需嚴格限制活動量或需給予特別照護的特殊體質的學生，必要時可徵求校長的同意，召開會議，介紹個案之狀況、平時照護的重點、緊急因應措施等，避免因緊急傷病或「猝死」悲劇的發生。

九、特殊體質的學生在校期間與班級老師接觸最多，且其緊急傷病發生的場所、時間皆是無法預期的，所以學校唯一專業的護理人員有責任利用專題演講、晨會報告或書面資料提供醫學最新資訊，充實老師的醫療知識，期能共同合作使學童能獲得最適宜的照護，促進學童身心能更健康。

護理師：

衛生組長：

學務處主任：

校長：

宜蘭縣立員山國民中學健康中心個案紀錄表

班級： 座號：		姓名：	
出生年月： 年 月 日		身分證字號：	
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		收案日期： 年 月 日	
疾病診斷：		結案日期： 年 月 日	
住址：			
緊急聯絡 電話	姓 名	關 係	家 裡 電 話
		手 機 號 碼	
就診醫院：		醫師姓名：	醫院電話：
現在疾病史：			
1. 此次發作過程：			
2. 治療方式：			
3. 藥物名稱：			
4. 診斷證明： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 病歷摘要： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
家族史： <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其他			
過去疾病史：			
藥物過敏： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
目前健康情形：			
知會導師： <input type="checkbox"/> 班導師 <input type="checkbox"/> 體育老師 <input type="checkbox"/> 衛生組長 <input type="checkbox"/> 輔導室 <input type="checkbox"/> 其他			
年/月/日/時間	健康問題	護理記錄	

宜蘭縣立員山國中健康狀況異常學生家長會談

紀錄單

班級		姓名		電話	
疾病史調查紀錄					
會談紀錄	會談對象： 會談日期： 年 月 日 會談內容：				
就醫情形	就醫地點				
	主治醫師				
	診斷情形				
	多久複診一次				
服藥情形					
日常應注意事項					
其他事項	列入特殊疾病個案管理 邀請導師、相關科任教師、家長召開疾病討論會				

訪談人員： _____

導師： _____

主 任： _____

校長： _____

氣喘個案管理紀錄表

氣喘 No :

身份證字號：

班級：七年 班 號

姓名：

性別：男 女

八年 班 號

出生日期： 年 月 日

九年 班 號

時間	護理工作項目
第一學期	<p>一、評估疾病史：(請確實紀錄並請家長簽名)</p> <p>1. 第一次發作時間：_____歲 <input type="checkbox"/>無；<input type="checkbox"/>有就醫：_____醫院</p> <p>2. 診斷：<input type="checkbox"/>氣喘 <input type="checkbox"/>過敏性氣喘 <input type="checkbox"/>運動性氣喘 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>3. 手術治療：<input type="checkbox"/>無；<input type="checkbox"/>有：(請填寫手術時間) _____ (手術方式) _____</p> <p>4. 繼續追蹤：<input type="checkbox"/>無；<input type="checkbox"/>有：_____次/週、月、年 _____醫院</p> <p>5. 藥物使用：<input type="checkbox"/>無；<input type="checkbox"/>有：(請填寫藥名及劑量) _____</p> <p>6. 目前發作頻率： <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>1次↑/週 <input type="checkbox"/>次/月 <input type="checkbox"/>次/年 <input type="checkbox"/>特定情況才會</p> <p>7. 發作時情況敘述：_____</p> <p>6. 運動耐受力：<input type="checkbox"/>功能良好無症狀 <input type="checkbox"/>日常生活及輕度運動激時會喘 <input type="checkbox"/>中度運動激時會喘 <input type="checkbox"/>重度運動會喘 <input type="checkbox"/>不運動也會喘</p> <p>7. 特殊交代事項：_____</p> <p>二、介紹氣喘相關知識及注意事項(依教育局規定，學校不提供支氣管擴張噴劑藥物)</p> <p>1. 氣喘為支氣管內側黏膜水腫、分泌黏液增加、支氣管痙攣</p> <p>2. 常見過敏原可分內因性及外因性：如上所述</p> <p>3. 常見症狀：咳嗽、呼吸困難、呼吸急促、喘鳴聲、突發性一再復發</p> <p>4. 應注意事項： <input type="checkbox"/>對於內因性過敏個案： ※◎準備經醫師處方支氣管擴張噴劑到校以備不及之需【依教育局規定，學校不提供支氣管擴張噴劑藥物】</p> <p style="margin-left: 20px;">◎提醒個案及家長謹慎照顧生活起居 ◎天氣變化時應注意保暖多穿衣服戴口罩 ◎避免吸入二手煙及空氣污染指數高時避免外出</p> <p><input type="checkbox"/>對於外因性過敏個案： ※◎準備經醫師處方支氣管擴張噴劑到校以備不及之需</p> <p style="margin-left: 20px;">◎提醒個案及家長謹慎照顧生活起居 ◎天氣變化時應注意保暖多穿衣服戴口罩 ◎避免吸入二手煙及空氣污染指數高時避免外出 ◎設法找出切確之過敏原，減少接觸布質及毛質家具、物品、寵物 ※◎運動時隨身攜帶氣管擴張噴劑 ◎避免過於激烈運動</p>

※若該生因心臟病需緊急送醫，希望至

醫院就醫

家長簽名：

【依教育局規定，學校不提供支氣管擴張噴劑藥物，請自備藥物】

聯絡電話：

(病名) 個案管理紀錄表

特殊 No :

身份證字號:

班級: 七年 班 號

姓名:

性別: 男 女

八年 班 號

出生日期: 年 月 日

九年 班 號

時間	護理工作項目
第一學期	<p>一、評估疾病史:(請確實紀錄並請家長簽名)</p> <p>1. 第一次發作時間: _____ 歲 <input type="checkbox"/>無; <input type="checkbox"/>有就醫: _____ 醫院</p> <p>2. 診斷: <input type="checkbox"/>白血病 <input type="checkbox"/>類風濕性關節炎 <input type="checkbox"/>紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>腎臟疾病 <input type="checkbox"/>其他: _____</p> <p>3. 手術治療: <input type="checkbox"/>無; <input type="checkbox"/>有:(請填寫手術時間) _____ (手術方式) _____</p> <p>4. 繼續追蹤: <input type="checkbox"/>無; <input type="checkbox"/>有: _____ 次/週、月、年 _____ 醫院</p> <p>5. 藥物使用: <input type="checkbox"/>無; <input type="checkbox"/>有:(請填寫藥名及劑量) _____</p> <p>6. 目前發作頻率: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>1次↑/週 <input type="checkbox"/> 次/ 月 <input type="checkbox"/> 次/ 年 <input type="checkbox"/>特定情況才會</p> <p>7. 發作時情況敘述: _____</p> <p>6. 運動耐受力: <input type="checkbox"/>功能良好無症狀 <input type="checkbox"/>日常生活及輕度運動激時會喘 <input type="checkbox"/>中度運動激時會喘 <input type="checkbox"/>重度運動會喘 <input type="checkbox"/>不運動也會喘</p> <p>7. 特殊交代事項: _____</p>

※若該生因 _____ 需緊急送醫, 希望至

醫院就醫。

家長簽名:

聯絡電話: