

## 個人資料保護政策聲明

### 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」， 本校 105-108 學年度個人資料保護政策聲明【網路公告版】

教育部訂有「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，其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，以作為學校健康管理、健康促進以及政府政策分析與擬訂之依據。本校將提供 105-108 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，由該校透過其所建置大專校院學生健康資訊系統進行資料分析，除確保本校學生健康檢查相關資料之安全與品質外，並提升學校衛生相關工作之效能。

#### 一、法規依據：

- (一)依《學校衛生法》第 8 條規定，學校應建立學生健康管理制，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。
- (二)依《學生健康檢查實施辦法》第 8 條第 1 項規定，學校應將學生健康檢查及矯治結果，依規定格式予以記錄，並建檔、統計。
- (三)本校及教育部係依《個人資料保護法》第 6 條、第 8 條、第 9 條、第 15 條、第 16 條、第 19 條、第 20 條之蒐集、處理或利用及告知等規定辦理。

#### 二、蒐集、處理、利用及目的內外使用：

- (一)本校依《學校衛生法》第 8 條及《個人資料保護法》第 6 條、第 8 條、第 9 條、第 15 條、第 19 條，參與上述教育部計畫，於特定目的內蒐集及利用相關資料：
  1. 一般個人資料：依《學校衛生法》第 8 條及《個人資料保護法》第 15 條或第 19 條之特定目的規定辦理。
  2. 特種個人資料：依《個人資料保護法》第 6 條、第 8 條、第 9 條之規定辦理蒐集、處理、利用及告知事宜。
- (二)教育部基於公共利益及為統計或學術研究之需要、依據《學校衛生法》之旨趣及《個人資料保護法》第 6 條第 1 項第 1 款、第 2 款、第 4 款、第 5 款及第 9 條第 2 項第 4 款，而蒐集及主張特定目的外之利用：
  1. 一般個人資料：依《個人資料保護法》第 16 條或第 20 條之特定目的外利用規定辦理。
  2. 特種個人資料：依《個人資料保護法》第 6 條、第 8 條、第 9 條之規定辦理蒐集、處理、利用及告知事宜。

#### 三、健檢資料之類別說明：

- (一)本校依《個人資料保護法》第 6 條第 1 項第 1 款、第 2 款、第 2 項，第 8 條第 1 項與其施行細則第 10 條第 1 款有關法定職務之規定，蒐集、處理及利用上述學生健康個資；其中包括但並不限於：依據「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

## 個人資料保護政策聲明

### 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」，本校 105-108 學年度個人資料保護政策聲明【網路公告版】

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○○一辨識個人者；特徵類之 C○一一個人描述、C○一二身體描述、C○一三習慣、C○一四個性；健康與其他類之 C 一一一健康紀錄... 等等。

- (二)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：學校代號、學生學制別、出生年份、出生月份、血型、性別及戶籍縣市。教育部針對以上之去識別化之特種個人資料依《個人資料保護法》第 6 條第 1 項第 2 款、第 4 款及第 5 款規定辦理，一般個人資料依據同法第 16 條及第 20 條辦理。

#### 四、健檢資料利用之期間、地區、對象及方式：

- (一)本校為符合《個人資料保護法》第 18 條及第 27 條，及其施行細則第 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。
- (二)教育部之計畫存續期間內，資料蒐集、處理及利用皆限於中華民國領域內，對象限於學生、職權人員與獲授權人員。
- (三)教育部將運用上述資料進行政策分析，分析時將不會以個人的資料呈現，而是以全國或依性別、年齡分層、學校公立別、學校地理區域別、學生戶籍縣市、學生學制，以及教育部因政策需求而需進行分析之健康檢查及生活型態項目方式呈現。資訊流通仍具有風險；如本政策聲明所示，本計畫對於當事人資料已盡安全維護義務，在此敘明。

#### 五、當事人得行使之權利及方式：

- (一)本項係依《個人資料保護法》第 8 條第 2 項第 2 款之規定，係公務機關執行法定職務或非公務機關履行法定義務所必要，得免告知。
- (二)依《個人資料保護法》第 3 條之規定，當事人於就其個人資料可行使之權利包括查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用，以及請求刪除。另學生若不願意將上述統計資料提供給教育部，則可告知本校相關單位，且將不會影響其權益。

- 六、公告聲明：本校依據教育部建議與《個人資料保護法》第 6 條第 1 項第 1、2、4 款與第 2 項、第 8 條、第 9 條第 2 項第 4 款，就上述之目的外利用，參照《個人資料保護法》第 5 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健康中心網站。

# 國立中正大學學生健康資料卡

## Chung Cheng University Student Health Examination Form

入學年月 Date of Entry : \_\_\_\_\_ 年(yyyy)/ \_\_\_\_\_ 月(mm)

Contact information	<b>學號</b> Student No.		<b>姓名</b> Name	<b>性別</b> Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	
	<b>身分證號</b> Passport No.		<b>系所別</b> Department	<b>血型</b> Blood Type		
	<b>行動電話</b> Mobile No.		<b>出生日期</b> Date of Birth	_____ 年(yyyy)/ _____ 月(mm)/ _____ 日(dd)		
	<b>現居地址</b> Address					1 吋相片黏貼處 Attach photo here 背面填 姓名 學號 系所
	<b>緊急聯絡人、監護人或附近親友</b> Emergency contact (Parents or guardian)	<b>關係</b> Relationship	<b>姓名</b> Name	<b>電話(家)</b> Phone (home)	<b>行動電話</b> Mobile No.	

  

Health information	個人疾病史：若有以下特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，請打勾，並可主動提供就診病歷摘要，以作為照護參考。If you are being treated or recovering from any of the following or some other diseases, please inform the medical personnel and also provide your medical records for the healthcare professional's references.				
	<input type="checkbox"/> 1. 無 None	<input type="checkbox"/> 7. 癲癇 Epilepsy	<input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病 mental disorder: _____		
	<input type="checkbox"/> 2. 肺結核 Tuberculosis	<input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 SLE (Lupus)	<input type="checkbox"/> 14. 癌症 Cancer: _____		
<input type="checkbox"/> 3. 心臟病 Heart disease	<input type="checkbox"/> 9. 血友病 Hemophilia	<input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血 Thalassemia: _____			
<input type="checkbox"/> 4. 肝炎 Hepatitis	<input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症 G6PD deficiency	<input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱 Major surgery: _____			
<input type="checkbox"/> 5. 氣喘 Asthma	<input type="checkbox"/> 11. 關節炎 Arthritis	<input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱 Allergy to: _____			
<input type="checkbox"/> 6. 腎臟病 Kidney disease	<input type="checkbox"/> 12. 糖尿病 Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> 18. 其他 Other: _____			
1. 領有重大傷病證明卡，類別 Holder of Catastrophic Illness Certificate - Category: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有、請說明 _____					
2. 領有身心障礙手冊，類別 Holder of Physical/Mental Disability Manual - Category: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請勾選下列選項並說明等級 Level: <input type="checkbox"/> 極重度 Very serious <input type="checkbox"/> 重度 Serious <input type="checkbox"/> 中度 Moderate <input type="checkbox"/> 輕度 Mild；請說明: _____					
家族疾病史：患有重大遺傳疾病之家屬稱謂 Family medical history: relative with hereditary disease _____ 疾病名稱 Name of disease: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有、請說明 _____					

  

Lifestyle	※ 請勾選最合適的選項 Tick the box that best describes your lifestyle:				
	1. 過去 7 天內 (不含假日)，睡眠習慣: How much did you sleep during the past 7 days ( <i>not including weekends, or days off</i> )?: <input type="checkbox"/> ① 每日睡足 7 小時 ≥ 7 hours a day <input type="checkbox"/> ② 不足 7 小時 < 7 hours a day <input type="checkbox"/> ③ 時常失眠 I suffer from insomnia				
	2. 過去 7 天內 (不含假日)，早餐習慣: How many days did you eat breakfast during the past 7 days ( <i>not including weekends, or days off</i> )?: <input type="checkbox"/> ① 都不吃 Never <input type="checkbox"/> ② 有時吃 Seldom: _____ 天 days <input type="checkbox"/> ③ 每天吃，幾點吃? Every day at (time)? _____ 點				
	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: During the past month ( <i>not including weekends, days off, or winter or summer vacation</i> ), have you exercised three times a week, for at least 30 minutes each time, and achieving a heartbeat rate of 130 bpm each time?: <input type="checkbox"/> ① 有 Yes <input type="checkbox"/> ② 沒有 No				
	4. 過去一個月內，吸菸行為: During the past month, did you smoke?: <input type="checkbox"/> ① 不吸菸 No <input type="checkbox"/> ② 時常吸菸 Often <input type="checkbox"/> ③ 每天吸菸，Every day: _____ 支/天# cigarettes per day <input type="checkbox"/> ④ 已戒除 Quit				
	5. 過去一個月內，喝酒行為: During the past month, did you drink alcohol? <input type="checkbox"/> ① 不喝酒 No <input type="checkbox"/> ② 時常喝酒 Often <input type="checkbox"/> ③ 每天喝酒，Every day: _____ 杯/天# glasses per day <input type="checkbox"/> ④ 已戒除 Quit (1 杯的定義: 啤酒 330 ml、葡萄酒 120 ml、烈酒 45 ml。Note for ③: please say how many glasses, 'one glass' means: beer 330 ml, wine 120 ml, liquor 45 ml)				
	6. 過去一個月內，嚼檳榔: During the past month, did you chew betel quid? <input type="checkbox"/> ① 不嚼檳榔 No <input type="checkbox"/> ② 時常嚼檳榔 Often <input type="checkbox"/> ③ 每天嚼檳榔，Every day, _____ 粒/天# quids per day <input type="checkbox"/> ④ 已戒除 Quit				
	7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎? Do you feel worried or depressed? <input type="checkbox"/> ① 沒有 No <input type="checkbox"/> ② 很少 Seldom <input type="checkbox"/> ③ 時常 Often				
	8. 常覺得胸悶嗎? Do you regularly feel chest discomfort? <input type="checkbox"/> ① 沒有 No <input type="checkbox"/> ② 很少 Seldom <input type="checkbox"/> ③ 時常 Often				
	9. 常覺得胃痛嗎? Do you regularly feel stomach discomfort? <input type="checkbox"/> ① 沒有 No <input type="checkbox"/> ② 很少 Seldom <input type="checkbox"/> ③ 時常 Often				
	10. 常覺得頭痛嗎? Do you regularly have headaches? <input type="checkbox"/> ① 沒有 No <input type="checkbox"/> ② 很少 Seldom <input type="checkbox"/> ③ 時常 Often				
	11. 月經情況 (女生回答) Menstrual history ( <i>women only</i> ): (1) 初次月經 first period: <input type="checkbox"/> ① 無 No <input type="checkbox"/> ② 有，初經年齡: Age at first period: _____ 歲 yd (2) 月經週期 Length of menstrual cycle: <input type="checkbox"/> ① ≤ 20 天 days <input type="checkbox"/> ② 21-40 天 days <input type="checkbox"/> ③ ≥ 41 天 days <input type="checkbox"/> ④ 不規律 irregular (差異 7 天以上 <i>differing in length by more than 7days</i> ) (3) 有無經痛現象? Do you have painful menstrual periods? <input type="checkbox"/> ① 沒有 No <input type="checkbox"/> ② 輕微 Light pain <input type="checkbox"/> ③ 嚴重 Severe pain				
	12. 排便習慣 Bowel habits: 過去 7 天內，多久排便一次? During the past 7 days, how often did you defecate? <input type="checkbox"/> ① 每天至少一次 At least once every day <input type="checkbox"/> ② 2 天 Once in 2 days <input type="checkbox"/> ③ 3 天 Once in 3 days <input type="checkbox"/> ④ 4 天以上 Once in 4 or more days				
13. 網路使用習慣 Internet use: 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? During the past seven days ( <i>not including weekends, or days off</i> ), how many hours did you use the internet every day, apart from when doing homework or in class? <input type="checkbox"/> ① 每天少於 1 小時 ≤ 1 hour <input type="checkbox"/> ② 每天約 1-2 小時 1-2 (less than) hours <input type="checkbox"/> ③ 每天約 2-4 小時 2-4 (less than) hours <input type="checkbox"/> ④ 每天約 4-5 小時 4-5 (less than) hours <input type="checkbox"/> ⑤ 每天約 5 小時或以上 ≥ 5 hours					

  

Self-rated Health	1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是 In general, during the past month, would you say your health is <input type="checkbox"/> ① 極好的 Excellent <input type="checkbox"/> ② 很好 Very good <input type="checkbox"/> ③ 好 Good <input type="checkbox"/> ④ 普通 Fair <input type="checkbox"/> ⑤ 不好 Poor				
	2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是? In general, during the past month, would you say your mental health is <input type="checkbox"/> ① 極好的 Excellent <input type="checkbox"/> ② 很好 Very good <input type="checkbox"/> ③ 好 Good <input type="checkbox"/> ④ 普通 Fair <input type="checkbox"/> ⑤ 不好 Poor				
	※ 有哪些健康問題?: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有、請敘述: Do you currently have any health concerns? Please give details: _____				

校外體檢限至評鑑  
合格(含)以上醫院

# 國立中正大學學生健康資料卡 Chung Cheng University Student Health Examination Form

科系 Department	姓名 Name		
學號 Student No.	檢查日期 Date	_____ (yy) / _____ 月 (mm) / _____ 日 (dd)	

身高 Height: \_\_\_\_\_ 公分 cm      體重 Weight: \_\_\_\_\_ 公斤 kg      腰圍 Waistline: \_\_\_\_\_ 公分 cm

血壓 Blood Pressure: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg      脈搏 Pulse rate: \_\_\_\_\_ 次/分 times/min

視力檢查 Vision Test	<input type="checkbox"/> 裸視 Uncorrected:      左眼 Left _____      右眼 Right _____	<input type="checkbox"/> 矯正視力 Corrected:      左眼 Left _____      右眼 Right _____											
眼 Eyes	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 Color blindness <input type="checkbox"/> 其他 Other: _____											
耳鼻喉 ENT	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 聽力異常 Hearing abnormality: <input type="checkbox"/> 左 Left <input type="checkbox"/> 右 Right	<input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜破損 Suspected otitis media ( <i>further diagnosis required</i> ), such as from a perforated ear drum										
頭頸 Head & Neck	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 Swollen tonsils <input type="checkbox"/> 耵聍栓塞 Earwax embolism <input type="checkbox"/> 其他 Other: _____	<input type="checkbox"/> 斜頸 Wry neck (torticollis) <input type="checkbox"/> 異常腫塊 Abnormal mass <input type="checkbox"/> 其他 Other: _____										
胸腔及外觀檢查 Thoracic and visual examination	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 心肺疾病 Cardiopulmonary disease <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Abnormal thorax	<input type="checkbox"/> 心律不整 Arrhythmia <input type="checkbox"/> 心雜音 Heart murmur <input type="checkbox"/> 其他 Other: _____										
腹部 Abdomen	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常腫大 Abnormally swollen <input type="checkbox"/> 其他 Other: _____											
脊柱四肢 Spine & limbs	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 肢體畸形 Limb deformity	<input type="checkbox"/> 蹲踞困難 Difficulty squatting <input type="checkbox"/> 其他 Other: _____										
皮膚 Skin	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 癬 Ringworm <input type="checkbox"/> 疥瘡 Scabies <input type="checkbox"/> 疣 Wart <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 Atopic dermatitis	<input type="checkbox"/> 溼疹 Eczema <input type="checkbox"/> 其他 Other: _____										
Thoracic and visual examination 口腔 Oral	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 Normal	<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 Poor oral hygiene <input type="checkbox"/> 牙結石 Calculus <input type="checkbox"/> 牙齦炎 Gingivitis	<input type="checkbox"/> 牙周炎 Periodontitis <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正 Dental malocclusion <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 Abnormal Oral Mucosa <input type="checkbox"/> 其他 Other: _____										

口腔檢查 Dentition status  無明顯異常 Normal

代碼 Code : C-齦齒 cavity; X-缺牙 missing; △-已矯治 filled; ψ-阻生牙 impacted tooth; Sp.- 贅生牙 supernumerary tooth

																			醫師蓋章
右上 Upper Right	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上 Upper left		
右下 Lower Right	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下 Lower Left		

實驗室檢查項目 Laboratory Tests		檢查結果 Result	實驗室檢查項目 Laboratory Tests		檢查結果 Result
尿液檢查 Urinalysis	酸鹼值 PH		血脂肪 Blood lipid	總膽固醇 Total cholesterol (mg/dl)	
	尿蛋白 Protein (+)(-)			三酸甘油酯 TG(mg/dl)	
	尿糖 Sugar (+)(-)		腎功能 Renal function	肌酸酐 Creatinine (mg/dl)	
	尿潛血 O.B. (+)(-)			尿酸(mg/dl)	
血液常規檢查 Blood test	白血球 WBC (10 <sup>3</sup> /μL)		肝功能 Liver function	尿素氮 BUN (mg/dl)	
	紅血球 RBC (10 <sup>6</sup> /μL)			麩胺酸草醋酸轉胺酶 SGOT (U/L)	
	血小板 Platelet count (10 <sup>3</sup> /μL)		麩胺酸丙酮酸轉胺酶 SGPT (U/L)		
	血色素 Hb (g/dl)		Hepatitis B	B 型肝炎表面抗原 HBsAg	
	血球容積比 Hct (%)			B 型肝炎表面抗體 Anti-HBs	
	平均血球容積 MCV (fl)		其他 Other	血糖 Blood glucose(mg/dl)	

胸部 X 光檢查 Chest X-ray	檢查結果 Result: <input type="checkbox"/> 無明顯異常 No obvious abnormality <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 R/O TB <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 TB-related Calcification <input type="checkbox"/> 胸廓異常 Abnormal thorax <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 Pleura cavity edema <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 Scoliosis <input type="checkbox"/> 心臟肥大 Cardiomegaly <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 Bronchiectasis <input type="checkbox"/> 其他 Other: _____
總評建議 Summary & Suggestion	

承辦檢查醫院簽章  
Stamp for hospital  
where examination  
was done.