

**常州市教育局
常州市卫生和计划生育委员会
常州市财政局
常州市物价局**

常教体〔2018〕15号

**关于印发《常州市中小學生健康体检
实施办法（2018年修订）》的通知**

各辖市、区教育局（教育文体局、社会事业局）、卫生计生局、财政局、物价局，各局属及有关学校：

为贯彻落实省教育厅、省卫计委、省财政厅、省物价局《关于进一步做好中小學生健康体检工作的通知》（苏教体艺〔2017〕

9号)文件精神,进一步做好我市中小學生健康体检工作,市教育局、卫计委、财政局和物价局根据有关法规和文件要求,结合我市实际,组织修订了《常州市中小學生健康体检实施办法(2018年修订)》,现印发给你们,请遵照执行。

附件:常州市中小學生健康体检实施办法(2018年修订)



常州市教育局



常州市卫生和计划生育委员会



常州市财政局

(此件公开发布)



常州市物价局

2018年12月30日

常州市教育局办公室

2018年12月30日印发

附件

常州市中小學生健康体检实施办法

(2018年修订)

为全面、及时、准确掌握全市中小學生身体健康状况，进一步规范健康体检工作，促进学生身心健康发展，根据《学校卫生工作条例》《国家学校体育卫生条件试行基本标准》《中小學生健康体检管理办法》和《关于印发学校结核病防控工作规范（2017版）的通知》等法规和文件，制订本实施办法。

一、工作要求

(一) 健康体检

1. 新生入学应建立健康档案。学校应组织所有入学新生进行健康体检，建立健康档案。

2. 在校學生每年进行一次常规健康体检，健康体检时间原则上安排在新学年第一学期，由教育、卫生行政部门统一安排。

3. 常规健康体检可在医疗机构内或能满足健康体检条件要求的学校内开展。

4. 小學生健康体检原则上由体检医疗机构到校体检，初中及高中学校原则上到医疗机构体检。

二、体检项目

(一) 必须检查的项目

1. 问诊：既往病史，近期有何不适症状，肺结核密切接触史

和肺结核可疑症状是必须问诊项目；

2. 内科检查：心、肺、肝、脾；

3. 眼科检查：视力、沙眼、结膜炎；

4. 口腔科检查：牙齿、牙周；

5. 外科检查：头部、颈部、胸部、脊柱、四肢、皮肤、淋巴结；

6. 形体指标检查：身高、体重；

7. 生理功能指标检查：血压、心率；

8. 高中和寄宿制初中的入学新生以及其他学段有肺结核密切接触史者应当进行肺结核可疑症状筛查和结核菌素皮肤试验；对肺结核可疑症状者和结核菌素皮肤试验强阳性者应当进行胸部 X 线摄影检查。

（二）必要时检查项目

寄宿制学生必要时到符合规定的医疗机构进行的实验室检查。

1. 胸部 X 线摄影检查。

2. 肝功能检查。包括血清丙氨酸氨基转氨酶测定、血清总胆红素测定两项，学校可在卫生计生部门的指导下根据实际情况选择进行。

3. 结核菌素试验。

4. 血红蛋白测定。

三、结果反馈与档案管理

(一) 学生健康体检机构在体检结束后，应及时分别向学生（监护人）、学校和当地教育行政部门反馈学生个体健康体检结果与群体健康评价结果。

(二) 健康体检报告单内容

1. 个体报告单内容应包括学生个体体检项目的客观结果、对体检结果的综合评价以及健康指导建议；

2. 学校汇总报告单内容应包括学校各年级男女的生长发育、营养状况的分布、视力不良、龋齿检出率、传染病或缺陷的检出率，各年级存在的主要健康问题以及健康指导意见。

3. 区域汇总报告单内容应包括所检查学校的学生总体健康状况分析，包括生长发育、营养状况的分布、视力不良、龋齿检出率、传染病或缺陷的检出率，各年级存在的主要健康问题以及健康指导意见。

(三) 学生健康档案管理

学校和教育行政部门应将学生健康档案纳入学校档案管理能力，实行学生健康体检资料台帐管理制度；应根据学生健康体检结果和体检单位给出的健康指导意见，研究制定学生健康促进措施，有针对性地开展健康促进工作。

四、健康体检机构资质

(一) 机构条件

1. 具有法人资格、持有有效的《医疗机构执业许可证》的医疗机构，并具有足够的工作条件和必备的合格的医疗检查设备与

检验仪器，独立开展学生健康检查工作；

2. 能对学生健康检查状况进行个体和群体评价、分析、反馈，并提出健康指导建议。

3. 医疗机构须经教育、卫生部门审核批准后方可从事学生健康体检工作。

(二) 人员要求

1. 专业技术负责人应具有中级以上专业技术职称，熟悉学生健康体检工作流程，具备丰富的学生常见病防治工作经验；

2. 内科、外科、口腔科、眼科检查及实验室检验的人员必须具有相应的专业技术执业资格。

五、体检费用标准

(一) 必须检查项目

1. 小学 1-6 年级每生 20 元；初中 1-3 年级每生 20 元，其中寄宿制初中 1 年级每生 25 元（含结核菌素皮肤试验 5 元，不含试剂）。

2. 高中（中职、中技）1 年级每生 25 元（含结核菌素皮肤试验 5 元、不含试剂）。

3. 高中 2 年级每生 20 元。

(二) 必要时检查项目

按照《常州市医疗服务项目价格手册（2016 年版）》规定的价格标准执行。

六、体检经费来源及管理

(一)义务教育阶段、高中阶段学生健康体检的费用由各级财政承担。

(二)学前教育阶段学生健康体检可参照义务教育阶段学生体检项目、标准执行。

七、检查考核

教育、卫生行政部门定期针对医疗机构学生健康体检工作情况、学校健康管理情况进行检查和考核，及时通报考评结果，强化督促落实整改。

八、附则

本办法由市教育局、市卫生和计划生育委员会负责解释，各辖市、区参照执行。

附件：

1. 常州市中小學生健康体检用表（2018版）
2. 常州市入学体检肺结核可疑症状筛查表
3. 常州市学校结核菌素皮肤试验检查记录表
4. 常州市新生入学体检结核病检查汇总表

附件 1

常州市中小學生健康体检用表（2018 版）

学校名称: _____ 年级 _____ 班级 _____

学生姓名		性别	○男 ○女	民族
出生日期		年 月 日	寄宿与否	○否 ○是
家长填	疾病名称		诊断日期	
	既往病史 (打“√”)	<input type="checkbox"/> 肝炎	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 肺结核	年 月 日	
		有无肺结核密切接触史	○无 ○有	
		<input type="checkbox"/> 先天性心脏病	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 肾炎	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 风湿病	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 哮喘	年 月 日	
	其他病史说明*			
	残疾多选打√*	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 精神		
其他残疾说明*				
		家长签名		
一般	身高	(cm)	体重	(kg)
	收缩压	(mmHg)	舒张压	(mmHg)
			医师签名	
眼	右眼视力		左眼视力	
	右眼矫正视力*		左眼矫正视力*	
	屈光检查*	○否 ○是	近视*	○否 ○是
	沙眼	○无 ○有	结膜炎	○无 ○有
	色觉*	○正常 ○异常	医师签名	
口腔	齿列	○整齐 ○不齐	牙周	○正常 ○异常
	有无龋齿	○无 ○有	龋患牙数	乳牙_____ 恒牙_____
			龋失牙数	乳牙_____ 恒牙_____
			龋补牙数	乳牙_____ 恒牙_____
	其他记录*			
		医师签名		

外科	皮肤	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 潮红 <input type="radio"/> 苍白 <input type="radio"/> 发 绀 <input type="radio"/> 黄染 <input type="radio"/> 色素沉着 <input type="radio"/> 湿疹 <input type="radio"/> 糜烂 <input type="radio"/> 其他		
	淋巴结	<input type="radio"/> 未触及 <input type="radio"/> 锁骨上 <input type="radio"/> 腋窝 <input type="radio"/> 其他		
外科	头部	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常	颈部	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常
	脊柱	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 变形	四肢	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 残疾
	胸部	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 桶状胸 <input type="radio"/> 扁平胸 <input type="radio"/> 鸡胸 <input type="radio"/> 漏斗胸 <input type="radio"/> 其他		
	其他记录*			
		医师签名		
内科	近期不适症状 (打“√”)	<input type="checkbox"/> 疲乏无力 <input type="checkbox"/> 低热 <input type="checkbox"/> 盗汗 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咳痰 <input type="checkbox"/> 食欲减退 <input type="checkbox"/> 消瘦		
	其它症状*			
	心 率	(次/分钟)	心脏杂音	<input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 有
	心 律	<input type="radio"/> 齐 <input type="radio"/> 不齐		
	肺部罗音	<input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 干罗音 <input type="radio"/> 湿罗音		
	肝	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 肝大	脾	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 脾大
	其他记录*			
		医师签名		
检验	肝功能 ALT**	(U/L)	肝功能 TBIL**	($\mu\text{mol/L}$)
	血红蛋白**	(g/L)	结核菌素试验**	<input type="radio"/> 阴性 <input type="radio"/> 阳性
	其他化验结果*			
		检验师签名		
检查	胸部 X 线检查**	<input type="radio"/> 未见异常 <input type="radio"/> 异常, 情况描述 (_____ _____)		
		医师签名		
需复查项目*				
本次体检结论				
健康评价	<input type="radio"/> 健康良好 <input type="radio"/> 患有疾病 <input type="radio"/> 身体残疾			
健康指导				
体检单位				
主检医生签名		体检日期		

备注:

1. *如检查, 结果须上报;
2. 肝功能 ALT**、肝功能 TBIL**、血红蛋白**为寄宿制学生必要时检查项目, 如检查, 结果须上报;
3. 结核菌素试验**: 高中和寄宿制初中的入学新生及其他学段有肺结核密切接触者必须检查项目, 结果必须上报;
4. 胸部 X 线检查**: 对肺结核可疑症状者和结核菌素试验阳性者必须检查项目, 结果必须上报。

附件 2

常州市入学体检肺结核可疑症状筛查表

1. 一般情况

- 1.1 年级和班级： 年级班
1.2 学号：
1.3 姓名：
1.4 性别：(1) 男 (2) 女
1.5 出生日期： 年月日 (年龄岁)

2. 既往结核病史和接触史

- 2.1 既往结核病史(含肺外结核):
(1) 有 (时间年) (2) 无
2.2 家庭成员、原同班师生、原同宿舍学生有无结核病患者?
(1) 有 (2) 无
若有, 是否与患者密切接触? (1) 是 (2) 否

3. 肺结核可疑症状

是否有下列症状:

主要症状 (具有其中一项即为肺结核可疑症状者)

- 3.1 咳嗽或咳痰大于 2 周 (1) 有 (2) 无
3.2 咯血或血痰 (1) 有 (2) 无

其他常见症状

- 3.3 胸痛、胸闷及气短 (1) 有 (2) 无
3.4 反复低热 (1) 有 (2) 无
3.5 盗汗 (1) 有 (2) 无
3.6 消瘦或体重下降 (1) 有 (2) 无
3.7 乏力、食欲减退 (1) 有 (2) 无
3.8 其他 ()

(幼儿园、小学、初中) 被筛查者家长签字:

(高中) 被筛查者签字:

确认有无卡介苗接种史或卡痕? (1) 有 (2) 无

医生意见: (1) 是肺结核可疑症状者 (2) 是肺结核密切接触者

筛查者签字:

筛查时间: 年 月 日

附件 3

常州市学校结核菌素皮肤试验检查记录表

PPD 批号:		PPD 有效期:									
序号	姓名	性别	年龄 (周岁)	注射时间 (月日时)	注射人员 签名	硬结直径(横 径×纵径 mm)	平均直径 (mm)	水疱/溃疡 /坏死/淋 巴管炎	查验反应 时间(月日 时)	结果判定	查验反应 人员签名

填写说明:
 结果判定: 硬结平均直径 < 5mm 或无反应者为阴性; 硬结平均直径 ≥ 5 mm, < 10mm 为一般阳性; 硬结平均直径 ≥ 10 mm, < 15mm 为中度阳性; 硬结平均直径 ≥ 15mm 或局部出现双圈、水泡、坏死及淋巴管炎者为强阳性。填“阴性”或“一般阳性”或“中度阳性”或“强阳性”。

附件 4

常州市新生入学体检结核病检查汇总表

填表地区:

填表日期: 年 月 日

学校名称: 类别: (1、幼儿园 2、非寄宿制初中 3、寄宿制初中 4、高中)

序号	姓名	密切接触者史	可疑症状者	PPD 试验结果判定	X 线检查结果	预防性服药	诊断结果	备注
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

填写说明: 1. 密切接触者史: 填“有”或“无”。 2. 可疑症状者: 填“是”或“否”。 3. PPD 试验结果判定: 填“阴性”或“一般阳性”或“中度阳性”或“强阳性”。 4. X 线检查结果: 填“正常”或“异常”。 5. 预防性服药: 填“是”或“否”。 6. 诊断结果: 有则填写具体疾病名称, 无则不填。