

114 及 115

學
年
度
健
檢
醫
院
招
標
案

健行科技大學 114 及 115 學年度新生健康檢查醫院招標案
招標文件清單

1. 投標須知
2. 規格需求書
3. 委託代理授權書
4. 標價清單
5. 比減價表

健行科技大學 114 及 115 學年度新生健康檢查醫院招標案投標須知

以下各項招標規定內容，由機關填寫，投標廠商不得填寫或塗改。

- 一、本採購適用政府採購法（以下簡稱採購法）及其主管機關所訂定規定。
- 二、全份招標文件包括：(一)投標須知 (二)規格需求書 (三)委託代理授權書 (四)標價清單 (五)比減價表。
- 三、本案採購標的名稱：健行科技大學 114 及 115 學年度新生健康檢查醫院招標案。
- 四、廠商應遞送投標文件份數：企劃書一式五份，基本資格文件一式一份。
- 五、投標文件使用文字：中文，但特殊技術或材料之圖文資料得使用英文。

114 及 115 學年度新生健康檢查醫院規格需求書

壹、依據學校衛生法第八條辦理 114 及 115 學年度新生入學健康檢查，為確保新生健康檢查工作、後續疾病追蹤管理、健康資料分析管理等工作之品質，以達瞭解及維護學生健康之目的。

貳、承辦資格：需合格之醫療院所並具健康檢查資料電腦轉檔能力。

參、檢查日期：日間部：預計 1 場次，日期未定。

進修部：預計 2 場次，日期未定。

補檢日：預計 1 場次，日期未定。

肆、檢查對象：本校 114 及 115 學年度入學新生，預計招生名額每學年約 2300 人。(113 學年度參加學校辦理之新生健康檢查人數，日間部約 1000 人，進修部約 1000 人，合計約 2000 人)

伍、檢查地點：本校體育館二樓。

陸、檢查項目：依據教育部修訂版之內容，詳附件。

柒、工作內容及時程：本案委外服務工作項目與交付時程如下：

項次	工作項目	交付時程
一	交付學生健康資料卡	7 月 30 日前
二	體檢規劃事宜：場佈圖、人力配置、衛生機關報備核可證明及檢查醫事人員合格名冊	8 月 3 日前
三	1. 交付體檢重大異常名冊 2. 交付已檢/未檢名冊	體檢後 7 日內 (含例假日)
四	1. 完成學生健康資料卡輸入校內健康管理系統 2. 交付體檢免費異常名冊	體檢後 21 日 內(含例假日)
五	1. 交付體檢報告書與名冊 2. 交付體檢總表電子檔(依本校健康管理系統之匯入格式)	體檢後 30 天 內(含例假日)
六	免費到校複檢一次(含實驗室及心電圖檢查等)	時間另訂
七	交付「教育部大專校院學生健康資訊系統」各項統計資料及統計掛圖等電子檔	當年 12 月 20 日前
八	後續服務：健檢報告說明會、大型活動醫護支援、健康篩檢活動或演講及其他服務事項等	配合本校辦理

捌、品質保證：

- 一、由具有衛生署核發證書之醫師、護理人員及醫檢人員來本校執行健檢業務，並有充足人力在健檢時間內檢驗完畢。於健檢前需將其人員之姓名、證書字號送交本校，檢查當日請攜帶職業執照以查核身份。
- 二、使用之檢驗試劑及器材，需醫學中心使用或評估其敏感度、特異性良好之試劑及器材。
- 三、使用丟棄式真空採血針、拋棄式口鏡。
- 四、胸部 X 光片需由專科醫師診斷，檢驗結果需保存七年備查。
- 五、採集之檢體需保存三個月，若受檢者對檢驗結果提出質疑需要複查時，應提供該血清檢體，做進一步複檢確認。
- 六、不得將健檢業務轉包給其他醫事檢驗機構代行。
- 七、每場次體檢日需安排 X-光車至少 2 台。
- 八、為確保檢查結果準確度，本校可派員督查檢體是否外包，並抽驗 1% 檢體作為抽樣檢查用；外送抽驗檢體依本校指定之第三醫療單位進行比對，以確認檢驗品質（相關費用由承包單位負擔）。

玖、辦理方式：

- 一、本校僅提供體檢場所、電源、桌椅；體檢所需之器材、儀器、藥品、人力等均由承包單位負責。
- 二、相關健康檢查事宜，承包單位需自行向衛生主管機關申請報備，並於活動前依規定時間將核准文件送達衛保組。
- 三、相關健康檢查事宜，承包單位需依校方訂定之時間到達現場進行場佈及執行業務。
- 四、檢查費用由承包單位當日派員協助收費，如有自檢學生需做單項補檢，檢驗費用應依檢驗項目之單價收費。
- 五、學生健康資料卡由承包單位提供，需依本校規定格式之印製。
- 六、體檢報告（需含各項檢查說明）應一式二份，一份由承辦單位於體檢後一個月內（包含例假日）郵寄紙本或電子檔給成

年學生，另一份交至衛生保健組，由校方保管。

七、各項統計資料應於規定時程內彙整完畢，交由校方衛生保健組處理。

八、檢查結果之體檢總格式及內容應依本校需求整理，另需免費協助電腦輸入在外自檢學生之檢查結果。

九、統計分析資料內容至少含「異常複檢名冊」、「B 型肝炎疫苗注射名冊」、「學生健康檢查總表」及「各項檢查統計表」等。本校可依實際需要，要求承包單位增減統計分析內容，以供追蹤輔導之用。

十、檢查後提供之體檢資料電子檔，需能匯入本校健康管理系統，以俾日後後續追蹤等資料轉存。

十一、倘若受檢者發生任何與本次體檢項目相關之疾病（體檢應檢驗出或篩檢出之異常，但承辦單位未發覺異常），經專科醫師診斷後，應由承包單位負損害賠償責任。

十二、倘若受檢者，發現檢驗值有誤且經複檢確認後，承包單位需全額退費受檢者原所給付之體檢費用，相關複檢費用由承包單位支付。

十三、檢查後提供之體檢資料格式與內容需先經本校同意，處理項目（需含在外自檢者之檢查資料）如下。

⊙班級統計資料，以班級及系所為單位，以 A4 大小成冊，內含檢查結果及統計資料。

⊙全校性統計資料，以 A4 大小成冊，含檢查結果及統計。

⊙大型彩色統計圖表。

⊙學生基礎資料需編碼，可做統計及分析。

⊙各項異常名冊及身體狀況不適合劇烈運動之學生名冊。

⊙提供後續相關服務、電腦資料的需求及技術支援。

十四、提供後續服務

健檢報告說明會、本校大型活動醫護支援、健康篩檢活動或演講及其他服務事項等。

健行科技大學學生健康資料卡

健行科技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	<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												
													學生本人 E-mail								
健康基本資料	個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病																				
	<input type="checkbox"/> 1.無				<input type="checkbox"/> 6.腎臟病				<input type="checkbox"/> 11.關節炎				<input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱：_____								
	<input type="checkbox"/> 2.肺結核				<input type="checkbox"/> 7.癲癇				<input type="checkbox"/> 12.糖尿病				<input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱：_____								
	<input type="checkbox"/> 3.心臟病				<input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡				<input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病：_____				<input type="checkbox"/> 18.其他：_____								
	<input type="checkbox"/> 4.肝炎				<input type="checkbox"/> 9.血友病				<input type="checkbox"/> 14.癌症：_____												
	<input type="checkbox"/> 5.氣喘				<input type="checkbox"/> 10.蠶豆症				<input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血：_____												
高度近視：目前左右眼任一眼有沒有近視大於 500度？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不知道																					
<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別_____																					
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別_____ 等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度																					
特殊疾病現況或應注意事項（請描述）：_____																					
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																					
家族疾病史：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										6. 過去一個月內，嚼檳榔： <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②有時嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ④已戒除										
	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（ <input type="checkbox"/> 9 點前吃/ <input type="checkbox"/> 9點後吃）										7. 時常覺得憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常										
	3. 過去7天內，你進行中等強度以上（活動時仍可交談，但無法唱歌）的運動、健身、交通和休閒性身體活動，累計1天至少10分鐘有幾天？ <input type="checkbox"/> 0天 <input type="checkbox"/> 1天 <input type="checkbox"/> 2天 <input type="checkbox"/> 3天 <input type="checkbox"/> 4天 <input type="checkbox"/> 5天 <input type="checkbox"/> 6天 <input type="checkbox"/> 7天										8. 時常覺得焦慮嗎？ <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②有時 <input type="checkbox"/> ③時常										
	4. 過去一個月內，你吸菸/煙（包括傳統菸品、電子煙及加熱式菸品等新興菸品）情形？ <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②已戒除 <input type="checkbox"/> ③有時吸菸（可複選： <input type="checkbox"/> ②傳統菸品、 <input type="checkbox"/> ④電子煙、 <input type="checkbox"/> ⑤加熱式菸品等） <input type="checkbox"/> ④每天吸菸（可複選： <input type="checkbox"/> ②傳統菸品、 <input type="checkbox"/> ④電子煙、 <input type="checkbox"/> ⑤加熱式菸品等）										9. 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										
	5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②有時喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒（ <input type="checkbox"/> 2杯以上、 <input type="checkbox"/> 1杯、 <input type="checkbox"/> 不到1杯） <input type="checkbox"/> ④已戒除 （1杯的定義：啤酒330 ml、葡萄酒120 ml、烈酒45 ml）										10. 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不到2小時 <input type="checkbox"/> ②約2-4小時 <input type="checkbox"/> ③約4小時以上，_____小時										
											11. 你通常一天刷牙幾次？ <input type="checkbox"/> ①0次 <input type="checkbox"/> ②1次 <input type="checkbox"/> ③2次 <input type="checkbox"/> ④3次以上										
											12. 在沒有牙痛或其他口腔不舒服的情況下，你多久會做一次口腔健康檢查？ <input type="checkbox"/> ①每半年一次 <input type="checkbox"/> ②每年一次 <input type="checkbox"/> ③一年以上 <input type="checkbox"/> ④從來沒有										
											13. 月經情況（女生回答）：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不知道/拒答										
	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非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好																				
	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非常好 <input type="checkbox"/> ②好 <input type="checkbox"/> ③一般 <input type="checkbox"/> ④不好 <input type="checkbox"/> ⑤非常不好																				
	※ 目前有哪些健康問題？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請敘述：_____；是否需學校協助： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是																				
	自我健康評估																				

全身檢查項目		檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選）					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_____						
眼	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	<input type="checkbox"/> 辨色力異常 <input type="checkbox"/> 其他								
耳鼻喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常	聽力異常： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜破損 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 耳聾堵塞 <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								
胸腔及外觀	<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"/> 踣距困難 <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"/> 未治療齲齒 <input type="checkbox"/> 缺牙(因齲齒拔除) <input type="checkbox"/> 已矯治牙齒 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 咬合不正 <input type="checkbox"/> 其他								
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：					承辦檢查醫院簽章				
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 (mg/dl)				
	尿糖 (+) (-)				腎功能	肌酸酐 (mg/dl)				
	潛血 (+) (-)				尿酸 (mg/dl)					
血液常規檢查	酸鹼值				肝功能	麩胺酸單胺轉胺酶 (U/L)				
	血色素 (g/dl)				檢查	麩胺酸丙酮酸轉胺酶 (U/L)				
	白血球 ($10^3/\mu\text{L}$)									
	紅血球 ($10^6/\mu\text{L}$)									
	血小板 ($10^3/\mu\text{L}$)									
	平均血球容積 MCV (fl)									
	血球容積比 Hct (%)									
胸部 X光檢查	檢查日期	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"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 肺結節 <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					
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									

為符合「學生健康檢查實施辦法」，同意將本次體檢報告及個人資料供健行科技大學衛生保健組做為學生健康管理使用。

上述資料同意請簽名：_____

健行科技大學 114 及 115 學年度新生健康檢查醫院招標案

委託代理授權書

茲授權本公司(職稱及姓名) 先生/小姐，代表

本公司出席貴校 114 及 115 學年度新生健康檢查醫院招標案有關會議，

該員所做之任何承諾或簽認事項，直接對本公司發生效力，本公司確

認被授權人之下列簽名字樣真實無誤，請予核備。

被授權人之簽名字樣：



此致
健行科技大學

公司名稱及公司章：

授權人簽名及簽章：
(需與招標文件相同)

中 華 民 國 年 月 日

健行科技大學 114 及 115 學年度新生健康檢查醫院招標案標

價清單

本人已詳知貴校 114 及 115 學年度新生健康檢查醫院招標遴選審查須知內容，對於相關規定及遴選作業、管理規定均已充分瞭解，願遵照上述遴選審查須知內容，詳實填寫辦理報價，並忠實履行本人所填報並經貴校同意事項。

體檢費報價（本報價係 114 及 115 學年度學生單人體檢費，包含各項體檢設備、耗材、人力、報表製作等費用，含稅）：

每人新台幣： ___千 ___百 ___拾 ___元整

投標人名稱：_____（加蓋醫療院所章）

地 址：_____ 郵遞區號

電話號碼：辦公室：_____ 行動電話：_____

負 責 人：_____（加蓋負責人章）

身份證字號：_____

聯 絡 人：_____

聯絡電話：辦公室：_____ 行動電話：_____

聯絡住址：_____ 郵遞區號

（本電話與地址需可於日間能聯絡至投標醫院聯絡人之電話與住址）

中 華 民 國 年 月 日

投標出席廠商比減價單

(1) 本案標的名稱：健行科技大學 114 及 115 學年度新生健康檢查醫院招標案

(2) 本案標價條件：1. 新臺幣含稅報價 2. 外幣 CIF/CIP 報價(幣值)_____ (請於內打 V)

	<p>投標廠商：</p> <p style="text-align: center; color: blue;">(本表各次減價僅能擇一選填，廠商填寫時如有疑問得提請說明)</p>	<p>(公司大小章) 廠商印章</p>
優先減價	<p><input type="checkbox"/>減為 _____ 元整 <small>(應低於最低標價金額)</small></p> <p><input type="checkbox"/>不減價，並放棄後續比減價。</p> <p><input type="checkbox"/>放棄優先減價。</p>	
第 1 次比減價	<p><input type="checkbox"/>減為 _____ 元整 <small>(應低於優先減價金額)</small></p> <p><input type="checkbox"/>不減價，並放棄後續比減價。</p> <p><input type="checkbox"/>減至底價 (僅有 1 家廠商減價時方得勾選)。</p> <p><input type="checkbox"/>照底價再減 _____ 元整 (僅有 1 家廠商減價時方得勾選)。</p>	
第 2 次比減價	<p><input type="checkbox"/>減為 _____ 元整 <small>(應低於第 1 次比減最低標價)</small></p> <p><input type="checkbox"/>不減價，並放棄後續比減價。</p> <p><input type="checkbox"/>減至底價 (僅有 1 家廠商減價時方得勾選)。</p> <p><input type="checkbox"/>照底價再減 _____ 元整 (僅有 1 家廠商減價時方得勾選)。</p>	
第 3 次比減價	<p><input type="checkbox"/>減為 _____ 元整 <small>(應低於第 2 次比減最低標價)</small></p> <p><input type="checkbox"/>不減價，並放棄後續比減價。</p> <p><input type="checkbox"/>減至底價 (僅有 1 家廠商減價時方得勾選)。</p> <p><input type="checkbox"/>照底價再減 _____ 元整 (僅有 1 家廠商減價時方得勾選)。</p>	