

南通市教育局

南通市卫生健康委员会

通教体艺〔2020〕11号

市教育局市卫健委关于做好2020年全市

学生体质健康监测工作的通知

各县（市、区）教育局、卫生健康委员会，市直各学校：

为贯彻落实《国务院办公厅关于加强学校卫生与健康教育工作的意见》（国办发〔2016〕77号）、《江苏省教育厅关于进一步加强和改进学校卫生与健康教育工作的意见》（苏教基〔2017〕1号）精神，切实做好我市2020年学生体质健康监测工作，现将有关事项通知如下：

一、监测对象及范围。监测对象为小学至高中阶段在校学生，监测范围为全市所有普通中小学校。

二、监测时间。监测时间为2020年4月—6月，具体时间由各县（市、区）教育局根据实际情况确定。

三、监测内容。监测内容包括视力、身高、体重、肺活量、握力、坐位体前屈、立定跳远、50米跑等8项指标。

四、监测方法。监测采用抽样方法，以班级为单位，随机抽取部分学生进行监测。

五、监测结果运用。监测结果将作为评价学校卫生与健康教育工作的重要依据，同时，监测结果将作为评价学校卫生与健康教育工作的重要依据，同时，监测结果将作为评价学校卫生与健康教育工作的重要依据。

六、监测结果运用。监测结果将作为评价学校卫生与健康教育工作的重要依据，同时，监测结果将作为评价学校卫生与健康教育工作的重要依据。

七、监测结果运用。监测结果将作为评价学校卫生与健康教育工作的重要依据，同时，监测结果将作为评价学校卫生与健康教育工作的重要依据。

八、监测结果运用。监测结果将作为评价学校卫生与健康教育工作的重要依据，同时，监测结果将作为评价学校卫生与健康教育工作的重要依据。

的生长发育、身体健康状况和传染病、常见病等情况，并采取针对性的干预措施，有效进行防治。能促进学生掌握健康知识、树立健康意识和培养健康行为，有助于学校科学制定健康促进目标，不断提升学校卫生工作整体水平。各地、各学校要



育，告知学生或家长体检注意事项。学校领导、班主任、校医（保健老师）等人员要全时在体检现场组织学生，保持体检现场秩序良好，安静整洁。体检工作人员要合理分工，与学校密切配合，认真、细致、有序的做好学生健康体检工作。各地要按照体检表项目要求组织体检，不得自行减少体检项目。

担任省、市学生体质健康监测点的学校要对照监测内容，做好与健康体检内容衔接，并负责安排学生健康体检工作。

完成数据上传工作。省疾控中心联系人王艳，电话：025—83759926；“省电教馆联系人王艳”，电话：025—83752112；沈苏自动化技术开发有限公司工程师胡永，电话：025—86738221。

各学校要将学生健康档案纳入学校档案管理内容，及时将审核后的学生个体健康报告单告知学生家长。对健康体检中发现有器质性疾病的，或有特殊异常体质的学生，必须单独说明并备案，应及时通知家长做好转诊治疗。对残疾、体弱等需要适当加强医学照顾学生，及时告知相关任课教师。

各县（市、区）教育、卫生健康行政部门要加强学生健康体检期间的现场指导，确保体检工作扎实有序推进。教育部门要加大人员、设备和经费保障，结核菌素试验作为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，其经费在学生体检经费中支出，不得向学校或家长另收取任何费用。各级疾控机构配合教育部门，汇总本地区学生健康状况，加强分析。

附件：江苏省中小学生健康体检用表（2019版）

南通市教育局

南通市卫生健康委员会

2020年11月18日

附件：

江苏省中小学生健康体检用表（2019版）

学校名称：_____ 年级_____ 班级_____

身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

学生姓名		性别	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	民族
------	--	----	--	----

	结膜	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常	角膜	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常	
	晶体	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常	瞳孔	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常	
	眼位	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常	眼球运动	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常	
	异常视觉行为	<input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 畏光 <input type="radio"/> 眯眼 <input type="radio"/> 歪头 <input type="radio"/> 其它			
戴镜情况	<input type="radio"/> 不带镜 <input type="radio"/> 佩戴框架眼镜 <input type="radio"/> 佩戴隐形眼镜				
	<input type="radio"/> 佩戴角膜塑形镜* <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/> □ D*		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/> □ D*		
	右眼裸眼视力 (按 5.0 计数法)		左眼裸眼视力 (按 5.0 计数法)		
	右眼戴镜视力* (按 5.0 计数法)		左眼戴镜视力* (按 5.0 计数法)		
			(1) + (2) - (3) 0 球镜 (S) <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/> □ D		

资料

右眼

(1) + (2) - (3) 0 球镜 (C) □ □ D轴向值 (A) □ □

屈光度检查

左眼

(1) + (2) - (3) 0 球镜 (S) □ □ D轴向值 (A) □ □

临床印象

未见异常 近视 远视 弱视 斜视
散光 沙眼 结膜炎 其他

角膜曲率半径*

□ □ mm

眼轴长度*

□ □ mm

随访单

复诊日期

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			
	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	<input type="radio"/> 疲乏无力 <input type="radio"/> 低热 <input type="radio"/> 盗汗 <input type="radio"/> 胸痛 <input type="radio"/> 咳嗽 <input type="radio"/> 咳痰 <input type="radio"/> 食欲减退 <input type="radio"/> 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**	(μ 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				
			检验师签名		

注：

- 1、请在相应选项的“○”上面打“√”。
- 2、*如检查，结果须上报；
- 3、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；

*4、~~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