

# 扬州市教育局 扬州市卫生健康委员会

扬教发〔2025〕28号

## 关于做好2025年全市中小学生 健康体检工作的通知

各县（市、区）教育（教体）局、卫健委，各功能区教育主管部门、卫生健康主管部门，市直各学校：

为贯彻落实《中共中央、国务院关于加强青少年体育工作增强青少年体质的意见》和《江苏省学生体质健康促进条例》的精神，全面、及时、准确掌握全市中小学生身体健康状况，认真做好学生健康促进工作，根据《学校卫生工作条例》《关于印发学校结核病防控工作规范（2017版）的通知》（国卫办疾控发〔2017〕22号）、《关于进一步做好中小学生健康体检工作的通知》（苏教体艺〔2017〕9号）、《关于进一步做好中小学生健康体检工作的通知》（扬教办〔2018〕65号）、《关于组织开展扬州市中小学生视力筛查建档工作的通知》（扬卫疾控〔2021〕11号）

要求，经研究，决定在 2025 年秋学期对全市中小学生进行健康体检。现将有关事项通知如下：

### **一、体检对象**

小学阶段 1-6 年级，初中阶段初一至初三，高中阶段高一至高三年级（含职业学校）全体学生。

### **二、体检时间**

10 月中旬至 11 月，具体体检时间由各地各校自定。市直各学校体检时间另行通知。

### **三、健康体检项目**

#### **（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（含屈光度检查等眼部体检项目详见附件）、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；各校要与属地卫健委、疾控中心对接，做好肺结核可疑症状筛查工作。

9.心电图检查（初三学生做，检查时间建议安排在体育中考之前）。

## **（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。

## **四、体检费用标准及来源**

1.体检费用标准。执行《关于进一步做好中小學生健康体检工作的通知》（扬教办〔2018〕65号）规定。（1）必须检查项目：各地根据有关规定，制定体检管理办法，采取委托、招标等方式，在保证体检质量的前提下，按照合理性原则确定体检费用

标准，并报当地财政部门备案。小学、初中和高中阶段学校学生每人健康体检费 18 元。（2）必要时检查项目：各地参照当地医疗服务项目价格标准〈关于调整扬州市基层医疗机构医疗服务价格调整的通知（扬价费〔2017〕108 号）〉自行确定必要时检查项目费用标准。初三学生心电图检查费不超过 27 元/人。

2.体检费用来源。义务教育阶段学生健康体检的费用由学校公用经费中开支。普通高中体检费由教育行政部门统一支付，职业学校学生体检费在学费中列支或由教育行政部门统一支付。

3.学生健康体检各学校均不得向学生收费。所有费用按时全部拨付给体检机构（各地教育行政部门和学校收到体检机构的体检分析报告后付款）。

## **五、工作要求**

1.各县（市、区）、功能区教育、卫生行政部门负责组织实施中小学生的健康体检工作。按照属地管理的原则，由各县（市、区）卫生行政部门依据相关规定确定承担学生体检任务的体检机构。中小学校负责本校学生健康体检的组织实施。

2.体检医院负责对体检工作的全程管理。体检前负责召开体检医生培训会议，提升体检医务人员工作水平，确保体检结果准确。在体检过程中安排专人全程监督，及时发现问题，及时整改。医院在学生健康体检结束后，应分别向学生（家长）、学校和教

育、卫生行政部门反馈学生个体健康体检结果与学生群体健康评价结果。医院以个体报告书形式向学生反馈健康体检结果，以学校汇总报告书形式向学校反馈学生体检结果。各体检机构应主动与当地疾控部门对接，将中小學生体检原始数据录入《学生体检数据上传模板》excel 表中，并于 12 月反馈给学校，由学校审核数据后，导入江苏省健康监测系统（网址 <http://www.jscdc.cn/school>）；学校于 12 月 31 日前，将本校所有学生的视力检测情况（裸眼视力和屈光度）按规定上报教育部全国学生体质健康上报系统（网址 [www.csh.moe.edu.cn](http://www.csh.moe.edu.cn)）。

3.健康体检报告单内容。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；学校汇总报告书内容应包括学校不同年级男女生的生长发育、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，不同年级存在的主要健康问题以及健康指导意见；区域学校汇总报告书内容应包括所检查学校学生的总体健康状况分析，包括生长发育、营养状况的分布、视力不良、龋齿检出率、传染病或缺陷检出率以及健康指导意见。个体报告单应于健康检查后 2 周内反馈学生；学校汇总报告书应于检查后 1 个月内反馈给学校；体检信息未经教育和卫生行政部门批准，不得用于其他任何用途。

4.各地各校要充分认识学生健康体检的重要性，认真落实学

生健康体检工作要求，确定专人负责。按照体检日程提前做好新生体检卡。安排好各班的体检顺序，交代体检注意事项，组织学生按时、有序、安全到达体检场所。体检结束后，学校要指定专人做好与体检医院的工作衔接，实行学生健康体检资料台账管理制度；要根据学生健康体检结果和体检医院提出的健康指导意见，研究制定促进学生健康的具体措施，有针对性地开展学生健康促进工作。学校要及时进行体检结果分析并将身体异常学生通知班主任及其家长（如遇特异体质情况，要第一时间汇报学校主要负责人并通报家长 and 所有任课教师，并根据相关要求妥善处理）。学校应将学生健康档案纳入档案管理内容，认真填写学生健康档案和学校卫生工作档案。学生健康档案在学生转学时，加盖学校公章随学生带入转入学校。

5.各学校在体检前排查整改学校场地、设施设备隐患，提供满足健康体检需求的场地，根据要求布置体检场所，有男、女分开的外科检查室，做好开水供应等后勤保障工作。安排专人负责安全工作，体检中杜绝闲杂人员进校、维护正常体检秩序，体检后及时清场。

6.各地各校要严格落实学校传染病防控工作主体责任，加强外来人员健康监测，做好校内学生的传染病防控工作，确保学生健康体检工作有序进行。对因特殊情况（如生病等）不能按时体

检的学生，各地各校要专门安排时间对未体检的学生进行补检。

7.各地各校体检前要对学生进行有关安全教育和纪律教育，教育学生严格遵守体检的有关规定，自觉维护体检秩序，不大声喧哗，不拥挤，不乱丢杂物，不做危险行为，体检后不在外逗留等。

附件：扬州市中小学生健康体检表（2021 版）



2025 年 8 月 24 日

---

扬州市教育局办公室

2025 年 8 月 25 日印发

---

附件:

## 扬州市中小学生健康体检表 (2021 版)

学校名称\_\_\_\_\_ 年级\_\_\_\_\_ 班级\_\_\_\_\_ 寄宿与否 ☐ 否 ☐ 是

学生姓名\_\_\_\_\_ 性别\_\_\_\_\_ 民族\_\_\_\_\_ 出生日期\_\_\_\_\_

身份证号/护照号

|      |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                 |                                                   |       |       |
|------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-------|
| 家长填写 | 疾病名称                                              | 诊断日期                                                                                                                                                                                                                                        | 疾病名称                                            | 诊断日期                                              | 家长签名: |       |
|      | 既往病史 (打√)                                         | <input type="checkbox"/> 肝炎                                                                                                                                                                                                                 | 年 月 日                                           | <input type="checkbox"/> 肾 炎                      |       | 年 月 日 |
|      |                                                   | <input type="checkbox"/> 肺结核                                                                                                                                                                                                                | 年 月 日                                           | <input type="checkbox"/> 风湿病                      |       | 年 月 日 |
|      |                                                   | 有无肺结核密切接触史                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 有 | <input type="checkbox"/> 哮 喘                      |       | 年 月 日 |
|      |                                                   | <input type="checkbox"/> 先天性心脏病                                                                                                                                                                                                             | 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*                                           |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                 |                                                   |       |       |
| 一般   | 身高                                                | (cm)                                                                                                                                                                                                                                        | 体重                                              | (kg)                                              | 医师签名: |       |
|      | 收缩压                                               | (mmHg)                                                                                                                                                                                                                                      | 舒张压                                             | (mmHg)                                            |       |       |
| 眼科   | 结膜                                                | <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常                                                                                                                                                                                           | 角膜                                              | <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常 | 医师签名: |       |
|      | 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"/> 其他_____                                                                                                            |                                                 |                                                   |       |       |
|      | 戴镜情况                                              | <input type="radio"/> 不戴镜 <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*                                                                                                                                                                                                              | 左□. □□D*                                        | 右□. □□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)                              |                                                   |       |       |
|      | 屈光度检查                                             | 右眼                                                                                                                                                                                                                                          |                                                 | 左眼                                                |       |       |
|      |                                                   | ①+②-③0 球镜 (S) □. □□D                                                                                                                                                                                                                        |                                                 | ①+②-③0 球镜 (S) □. □□D                              |       |       |
|      |                                                   | ①+②-③0 柱镜 (C) □. □□D                                                                                                                                                                                                                        |                                                 | ①+②-③0 柱镜 (C) □. □□D                              |       |       |
|      |                                                   | 轴向值 (A) □□□°                                                                                                                                                                                                                                |                                                 | 轴向值 (A) □□□°                                      |       |       |
|      | 临床印象                                              | <input type="radio"/> 未见异常 <input type="radio"/> 近视 <input type="radio"/> 远视 <input type="radio"/> 弱视 <input type="radio"/> 斜视<br><input type="radio"/> 散光 <input type="radio"/> 沙眼 <input type="radio"/> 结膜炎 <input type="radio"/> 其他_____ |                                                 |                                                   |       |       |
|      | 角膜曲率半径*                                           | □□. □□mm                                                                                                                                                                                                                                    | 眼轴长度*                                           | □□. □□mm                                          |       |       |
| 随访*  |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                 |                                                   |       |       |
| 转诊*  |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                 |                                                   |       |       |
| 色觉*  | <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常 |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                 |                                                   |       |       |

|        |                |                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
|--------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------|--|
| 口腔     | 齿 列            | <input type="radio"/> 整齐 <input type="radio"/> 不齐                                                                                                                                                                                               |               | 牙 周                                             | <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常 |                                                  | 医师签名:      |  |
|        | 有无龋齿           | <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 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*  |                |                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
| 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<br><input type="radio"/> 糜烂 <input type="radio"/> 其他(需说明)_____ |               |                                                 |                                                   |                                                  | 医师签名:      |  |
|        | 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(需说明)_____                                                                                                                                 |               |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
|        | 头部             | <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 耳廓畸形 <input type="radio"/> 头部外伤 <input type="radio"/> 其他(需说明)_____                                                                                                                               |               |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
|        | 颈部             | <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 甲状腺肿大 <input type="radio"/> 颈部外伤 <input type="radio"/> 其他(需说明)_____                                                                                                                              |               |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
|        | 脊柱             | <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 脊柱侧弯 <input type="radio"/> 脊柱矫正中 <input type="radio"/> 脊柱术后 <input type="radio"/> 脊柱呈S型<br><input type="radio"/> 脊柱后凸 <input type="radio"/> 其他(需说明)_____                                         |               |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
|        | 四肢             | <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 骨折 <input type="radio"/> 先天畸形 <input type="radio"/> 扁平足 <input type="radio"/> 跛行 <input type="radio"/> 其他(需说明)_____                                                                              |               |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
|        | 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(需说明)_____                                                                              |               |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
|        | 其他记录*          |                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
| 内科     | 近期不适症状<br>(打√) | <input type="radio"/> 疲乏无力 <input type="radio"/> 低热 <input type="radio"/> 盗汗 <input type="radio"/> 胸痛<br><input type="radio"/> 咳嗽 <input type="radio"/> 咳痰 <input type="radio"/> 食欲减退 <input type="radio"/> 消瘦                                  |               |                                                 |                                                   |                                                  | 医师签名:      |  |
|        | 其他症状*          |                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
|        | 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              | <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 哮鸣音 <input type="radio"/> 干啰音 <input type="radio"/> 湿啰音 <input type="radio"/> 其他(需说明)_____                                                                                                       |               |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
|        | 肝              | <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 肝肿大 <input type="radio"/> 肝区压痛 <input type="radio"/> 其他(需说明)_____                                                                                                                                |               |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
|        | 脾              | <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 脾肿大 <input type="radio"/> 脾区压痛 <input type="radio"/> 其他(需说明)_____                                                                                                                                |               |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
|        | 其他记录*          |                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
| 检 验    | 肝功能 ALT**      | (U/L)                                                                                                                                                                                                                                           | 肝功能<br>TBIL** | (μmol/L)                                        | 血红蛋白<br>**                                        | (g/L)                                            | 检验师<br>签名: |  |
|        | 结核菌素试验**       | 结果: <input type="radio"/> 阴性 <input type="radio"/> 阳性 <input type="radio"/> 强阳性                                                                                                                                                                 |               |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
|        | 其他化验结果*        |                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
| 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        |                                                 |                                                   | 主检医师签<br>名:                                      |            |  |
| 健康评价   |                |                                                                                                                                                                                                                                                 | 健康指导          |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |
| 体检单位   |                |                                                                                                                                                                                                                                                 | 体检日期          |                                                 |                                                   |                                                  |            |  |

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结核密切接触者必须检查项目, 结果必须上报; 结果根据症状进行判断。

5. 胸部X线检查\*\*: 对肺结核可疑症状者和结核菌素试验强阳性者必须检查项目, 结果须上报。