

正本

檔 號：
保存年限：

收文日期	112. 7. 31
編 號	2609

新北市政府衛生局 函

地址：220205新北市板橋區英士路192-1號4樓
承辦人：蔡宜萱
電話：(02)22577155 分機1677
傳真：(02)22585006
電子信箱：AX9957@ntpc.gov.tw

22069

新北市板橋區三民路2段37號11樓

受文者：社團法人新北市牙醫師公會

發文日期：中華民國112年7月27日

發文字號：新北衛健字第1121456629號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令及修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」各1份。

主旨：轉知「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，業經衛生福利部於中華民國112年7月26日以衛授國字第1121460672號令修正發布，並自中華民國113年1月1日生效，茲檢送修正規定及發布令影本各1份，請查照。

說明：依據衛生福利部112年7月26日衛授國字第1121460672A號函辦理。

正本：社團法人新北市醫師公會、社團法人新北市牙醫師公會、新北市醫事檢驗師公會、新北市醫事放射師公會、社團法人新北市藥師公會、社團法人新北市護理師護士公會、新北市助產師助產士公會、新北市各區衛生所、新北市53家醫院

副本：

局長 陳潤秋

本案依分層負責規定授權業務主管決行

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國112年7月26日
發文字號：衛授國字第1121460672號
附件：「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項
修正規定」1份



修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，並自中華民國
一百十三年一月一日生效。

附修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」

部長 薛瑞元

醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項修正規定

第一章 總則

- 一、衛生福利部（以下稱本部）為執行「優生保健法」第七條及「癌症防治法」第四條所定事項，並配合全民健康保險預防保健經費改由公務預算與菸害防制及衛生保健基金支應，預防保健業務由本部國民健康署（以下稱健康署）請本部中央健康保險署（以下稱健保署）協助辦理，特訂定本注意事項。
 - 二、全民健康保險特約醫事服務機構（以下稱醫事服務機構）提供第三點所定對象預防保健服務，應向健保署提出服務項目之申請；有關補助醫療費用之申報、核付與申復作業，依本注意事項及全民健康保險相關規定辦理。
- 本注意事項有關健保卡之規定，於虛擬健保卡（以下稱虛擬卡）準用之。

第二章 預防保健服務項目及辦理方式

- 三、醫事服務機構執行各項預防保健服務之項目、機構資格、執行人員資格、服務對象、時程、服務內容、補助金額、服務對象資格查核、表單填寫與保存及相關作業流程、申請書、檢查紀錄結果表單、申報格式規定如下：
 - （一）兒童預防保健服務如附表一之一至附表一之十一。
 - （二）孕婦產前預防保健服務如附表二之一至附表二之二十三。
 - （三）婦女子宮頸抹片檢查服務如附表三之一至附表三之五。
 - （四）婦女乳房 X 光攝影檢查服務如附表四之一至附表四之八。
 - （五）定量免疫法糞便潛血檢查服務如附表五之一至附表五之

服務機構查核發現健保卡與服務對象不符、服務對象資格舉證不實、服務對象超次使用服務、其他不符合各項預防保健服務規定之情事時，醫事服務機構不得向本部申報費用。

醫事服務機構辦理各項癌症篩檢，經查核服務對象領有該項癌症之重大傷病證明，不得向本部申報費用。

醫事服務機構辦理成人預防保健服務，其二階服務間隔時間超過三個月者，不得向本部申報第二階段服務之費用。

第六章 辦理預防保健服務之費用申報及資料登錄上傳

- 八、除第三點第八款外，醫事服務機構提供服務對象各項預防保健服務後，應於服務後將當次之預防保健紀錄登錄於健保卡，並於登錄後二十四小時內上傳就醫紀錄至健保署指定系統；保險對象使用虛擬卡就醫後，依健保署所定格式於二十四小時內上傳就醫紀錄至健保署指定系統，並依期程及相對應之時間依序申報費用。
- 醫事服務機構辦理低劑量電腦斷層肺癌篩檢服務，應依第十點第三項規定至健康署指定系統登錄上傳相關資料，且不得向健保署申報費用。
- 醫事服務機構應詳實記載各項預防保健服務規定之文件，並依醫療法有關病歷之規定製作及保存。
- 九、除第三點第八款外，醫事服務機構應自提供各項預防保健服務日之次月一日起一個月內，向健保署申報費用，未依限申報者得於屆期日起五個月內補行申報，如仍未申報，本部不予核付費用。醫事服務機構已依其他法令向政府機關申報相同項目之費用者，不得重複申報預防保健費用。

五。

- （六）口腔黏膜檢查服務如附表六之一至附表六之六。
 - （七）成人預防保健服務如附表七之一至附表七之六。
 - （八）低劑量電腦斷層肺癌篩檢服務如附件。
- 四、前點第六款於本部新訂口腔黏膜檢查服務相關規定生效之日起停止適用。
- ### 第三章 預防保健服務之補助經費來源標示
- 五、醫事服務機構辦理預防保健服務，應以明顯方式標示所提供之服務項目及補助經費來源。
- 前項標示內容，應依附表規定分別標示「由衛生福利部國民健康署經費補助」、「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」。
- ### 第四章 醫事服務機構辦理社區巡迴服務
- 六、醫事服務機構申請辦理第三點第八款以外之預防保健社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意；申請兒童預防保健服務或成人預防保健服務，並應另依第三點第一款附表一之一及第七款附表七之一規定辦理。
- 未依前項規定辦理者，本部不予核付費用。
- ### 第五章 醫事服務機構之查核責任
- 七、醫事服務機構辦理預防保健服務，應與服務對象充分溝通並善盡查核之責，提供服務前應至健康署預防保健暨戒菸服務整合系統或應用程式介面系統進行查核，確認符合補助資格，始得提供服務，並於上述系統擇一登記提供之預防保健服務項目。如經醫事

十、除第二項及第三項外，醫事服務機構應自提供預防保健服務日之次月一日起六十日內，依各項預防保健服務規定，詳實登錄上傳該項目之檢查表單至健康署指定之系統。屆期未登錄上傳相關資料或登錄上傳之資料不完整、不正確，經通知限期補正，屆期仍未補正者，本部不予核付費用；醫事服務機構有異議時，得提起申復。

醫事服務機構應自提供新生兒聽力篩檢或各項孕婦產前預防保健服務日之次日起十四日內，依該項預防保健服務規定，詳實登錄上傳該項目之檢查結果及相關資料至健康署指定之系統。屆期未登錄上傳相關資料，本部不予核付費用；醫事服務機構有異議時，得提起申復。

醫事服務機構應自提供低劑量電腦斷層肺癌篩檢預防保健服務日之次日起六日內，依該項預防保健服務規定，詳實登錄上傳該項目之個案基本及臨床資料，及服務日之次月二十日以前填報檢查結果及評估結果至健康署指定之系統。屆期未登錄上傳相關資料，本部不予核付費用；醫事服務機構有異議時，得提起申復。

十一、醫事服務機構應將檢查結果通知服務對象；如檢查之結果無法判讀，應通知其複檢；如發現需追蹤確診之疑似異常個案或治療之病症時，應通知其進行確診或治療或將其轉介至適當醫療機構進行確診或治療。

第七章 辦理預防保健服務之品質規範

十二、醫事服務機構辦理預防保健服務項目，有下列未達標準或未符規定情形，經通知限期改善，屆期仍未改善者，本部依下列方式不

予核付費用：

(一) 婦女子宮頸抹片檢查服務：

- 1、醫事服務機構辦理婦女子宮頸抹片檢查服務，其子宮頸抹片採樣連續二年統計難以判讀率未達標準者，依該機構難以判讀率扣掉健康署所定之標準後，乘以當年該機構所有抹片量，為不予核付之抹片量。
- 2、醫事服務機構辦理婦女子宮頸抹片檢查服務，其子宮頸細胞病理檢驗連續二年抽審品質未達標準者，依該機構被抽查良好或尚可抹片經複閱為難以判讀比率扣掉健康署所定之標準後，乘以當年該機構所有良好或尚可抹片量，為不予核付之抹片量。
- 3、醫事服務機構辦理婦女子宮頸抹片檢查服務，其子宮頸抹片細胞病理診斷單位及檢驗人員每人每年工作量應符合健康署「預防保健服務之子宮頸細胞病理診斷單位資格審查原則」之規定。其年度結算超出年規定合理量十分之一以上部分，本部不予核付費用。

(二) 婦女乳房 X 光攝影檢查服務：

- 1、醫事服務機構辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務，其篩檢疑似異常個案追蹤完成率未達健康署所定之標準者，當年度篩檢費用折扣核付；醫事服務機構同時有院內攝影儀器及乳攝車者，分開計算。
- 2、醫事服務機構辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務，其放射師每人每年工作量應符合健康署「預防保健服務之乳房 X 光

攝影醫療機構資格審查原則」之規定。其年度結算超出年規定合理量十分之一以上部分，本部不予核付費用。

- (三) 低劑量電腦斷層肺癌篩檢服務：醫事服務機構辦理低劑量電腦斷層肺癌篩檢服務，其篩檢疑似異常個案追蹤完成率未達健康署所定之標準者，當年度篩檢費用折扣核付（追蹤完成率定義、標準及折扣核付規定，詳如附件/捌、附則/第五點）。

第八章 醫事服務機構之行政義務

十三、健康署及健保署對於辦理預防保健服務醫事服務機構得實施不定期之查核與輔導。

十四、醫事服務機構辦理預防保健服務，經查有費用申報不實、費用申報與病歷記載或服務提供不符，各項預防保健服務手冊表單、檢查紀錄結果表單之記載、登錄上傳虛偽不實，或有不正當方法招攬服務對象之情事或其他違反醫療相關法規者，本部不予核付費用，並追回已核付之費用。

附表一之一 執行兒童預防保健服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
兒童健康檢查	一、應為辦理兒童健康檢查服務特約醫事服務機構。 二、應符合下列規定之一： 1. 應有登記執業小兒科或家庭醫學科專科醫師。 2. 應有登記執業並通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師。	應符合下列規定之一： 一、登記執業之小兒科或家庭醫學科專科醫師。 二、登記執業並通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師。
兒童衛教指導	應符合下列規定，並向健康署申請（申請書如附表一之五）： 一、應為辦理兒童健康檢查服務特約醫事服務機構。 二、應有登記執業之小兒科或家庭醫學科專科醫師或通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師，且具健康署認可單位所辦理之「兒童衛教指導訓練課程」測試合格證明；課程內容至少三學分，每學分至少五十分鐘。	登記執業之小兒科或家庭醫學科專科醫師或通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師，且具健康署認可單位所辦理之「兒童衛教指導訓練課程」測試合格證明，課程內容至少三學分，每學分至少五十分鐘。
新生兒聽力篩檢	應符合下列規定之一，並向健康署申請（申請書如附表一之六）： 一、具健康署「執行新生兒聽力篩檢服務機構」資格審查通過之有據生服務醫療機構。 二、未具健康署「執行新生兒聽力篩檢服務機構」資格審查通過之醫療機構，需結合前項醫療機構辦理。	依「執行新生兒聽力篩檢醫療機構資格審查原則」審查通過之醫事人員。

其他應配合事項：

- 一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源，兒童健康檢查為「由衛生福利部國民健康署經費補助」，新生兒聽力篩檢及兒童衛教指導為「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利補助」。
- 二、兒童預防保健服務應於特約醫事服務機構內執行，如為特殊情況需至特約醫事服務機構外執行，應由當地衛生局向健康署報備核准後辦理。
- 三、未依附父母健康新生兒之聽力篩檢之申報費用規定，應另依健康署規定辦理。

附表一之二 兒童預防保健服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	建議年齡	服務內容	補助金額
20	IC20	本國籍出生三個月內新生兒	三個月內	一、新生兒聽力篩檢。 二、新生兒聽力檢查結果如左、右耳皆 <40 dBnHL (篩檢儀器設定為 35 dBnHL) 為通過免進行複篩，如左、右耳或其中一耳聽力 ≥40 dBnHL (篩檢儀器設定為 35 dBnHL) 為不通過，須進行複篩。 三、篩檢儀器：自動聽性腦幹反應 (aABR) 聽力檢測儀器。 四、第一次篩檢不通過需完成第二次篩檢。	700
71	IC71	出生至二個月兒童	第一次	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔、對聲音之反應、吞嚥、心雜音、胸膈、腸胃、外生殖器、關節篩檢。 三、飲食狀況：餵食方法。 四、發展診察：驚嚇反應、注視物體。	250
01				一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：提供嬰兒嘔吐、嬰幼兒猝死候群預防、事故傷害預防及其他衛教指導。 備註：搭配第一次兒童健康檢查申報。	100
72	IC72	二至四個月兒童	第二次	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔及固視能力、心雜音、肝脾腫大、視網膜篩檢。 三、飲食狀況：餵食方法。 四、發展診察：抬頭、手掌握開、對人微笑。	250
02				一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：提供嬰兒嘔吐與口腔清潔、嬰幼兒猝死候群預防、事故傷害預防及其他衛教指導。 備註：搭配第二次兒童健康檢查申報。	100
73	IC73	四至十個月兒童	第三次	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼瞳、及固視能力、視網膜篩檢、心雜音、胸膈、腸胃、外生殖器、對聲音之反應、心雜音、口腔檢查。 三、飲食狀況：餵食方法、副食品添加。 四、發展診察：翻身、伸手拿東西、對聲音微笑、用手拿開蓋在臉上的手帕 (四至八個月)、會爬、扶站、表達「再見」、發音 Y、門 Y 音 (八至九個月)。	250
03				一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：提供嬰兒嘔吐、副食品添加、口腔清潔照護、事故傷害預防及其他衛教指導。 備註：搭配第三次兒童健康檢查申報。	100

75	IC75	十個月至一歲六個月兒童	第四次	十個月至一歲六個月	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔、疝氣、腸疝、外生殖器、對聲音反應、心臟音、口腔檢查。 三、飲食狀況：固體食物。 四、發展診察：站穩、扶走、手指拿物、聽懂簡單句子。 五、衛生教育指導。 六、衛教內容：提供幼兒飲食習慣、副食品添加、飲食習慣、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第四次兒童健康檢查申報。	250
04					一、兒童衛生教育指導。 二、衛教內容：提供幼兒飲食習慣、副食品添加、飲食習慣、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第四次兒童健康檢查申報。	100
76	IC76	一歲六個月至二歲兒童	第五次	一歲六個月至二歲	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位【須做斜視檢查之遮蓋測試】、角膜、瞳孔、對聲音反應、口腔檢查。 三、飲食狀況：固體食物。 四、發展診察：會走、手拿杯、模仿動作、說單字、瞭解口語指示、肢體表達、分享有趣東西、物取代玩具。 五、衛生教育指導。 六、衛教內容：提供幼兒飲食習慣、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第五次兒童健康檢查申報。	320
05					一、兒童衛生教育指導。 二、衛教內容：提供幼兒飲食習慣、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第五次兒童健康檢查申報。	100
77	IC77	二至三歲兒童	第六次	二至三歲	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身高、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查、心臟音。 三、發展診察：會跑、脫鞋、拿筆亂畫、說出身體部位名稱。 四、衛生教育指導。 五、衛教內容：提供幼兒飲食習慣、用藥環境、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第六次兒童健康檢查申報。	250
06					一、兒童衛生教育指導。 二、衛教內容：提供幼兒飲食習慣、用藥環境、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第六次兒童健康檢查申報。	100
79	IC79	三至未滿七歲兒童	第七次	三至未滿七歲	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身高、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查【停做點狀出血體圖】、心臟音、外生殖器、口腔檢查。 三、發展診察：會跳、會蹲、畫圓圈、翻書、說自己名字、瞭解口語指示、肢體表達、認識時鐘、辨認形狀或顏色。 ※預防接種是否完竣 日常活動是否需受限，有心臟病、氣喘病患者，體育課須限制劇烈運動，此可供入學後之參考。 四、衛生教育指導。 五、衛教內容：當值養成、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第七次兒童健康檢查申報。	320
07					一、兒童衛生教育指導。 二、衛教內容：當值養成、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第七次兒童健康檢查申報。	100

備註：
 一、新生兒聽力篩檢項目年齡條件：篩檢年月日一出生年月日≤92天。
 二、新生兒聽力篩檢項目作業流程詳附表一之四。
 三、新生兒聽力篩檢項目補助金額已含托附費，醫療機構不得另收托附費，未具健保身分申請補助費用請另依原署其他申報作業規定辦理。
 四、依據健保署規定出生二個月內未收獲健保卡之新生兒，得依附屬親或父親健保卡辦理新生兒聽力篩檢申報。
 五、兒童健康檢查項目修正代碼(16、19、76、79)及就醫序號(IC16、IC19、IC76、IC79)，自九十九年二月一日起至九十九年六月三十日止，逾期未申報相關資料或申報資料不完整、不正確，逾期知限期補正，屆期仍未補正者，將只給付原補助額250元(即核扣70元)；自九十九年七月一日起，未依規定傳給資料且未補正者，不予核付費用(即核扣320元)。
 六、兒童健康檢查項目自一百零六年五月一日起修正申報代碼，醫院與診所發給代碼相同皆為(71、72、73、75、76、77、79)及就醫序號(IC71、IC72、IC73、IC75、IC76、IC77、IC79)。
 七、兒童健康檢查及兒童健康檢查項目之年齡檢核條件如下：
 (一)聯合代碼71-73、75：0≤就醫年月-出生年月≤18
 (二)聯合代碼76：18≤就醫年月-出生年月≤24
 (三)聯合代碼77：24≤就醫年月-出生年月≤36
 (四)聯合代碼79：36≤就醫年月-出生年月≤84
 八、有關資料提交檢核條件如下：
 (一)用身分證統一編號、同出生日期、附屬代碼、一生限申報一次，依就醫日期排序後，第二筆起視為重複申報資料；若就醫日期相同，則均視為重複申報資料。
 (二)檢核發生至今就醫年所有歷次申報資料，皆無違反限申報一次規定。
 (三)如部分資料代碼為「903」(健康IC卡新生兒服用附加方式就醫者)，得不作年齡、篩檢間隔條件(一生一次)及重複條件之檢核。

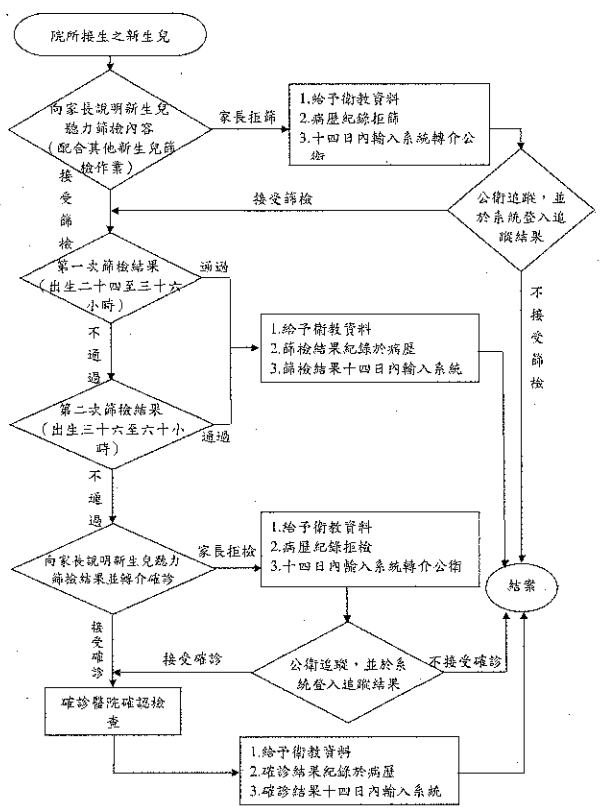
附表一之三 兒童預防保健服務對象資格查核，表單填寫與保存

類別	內容
服務對象資格查核	一、新生兒出院前，應發給家長或主要照顧者一本兒童健康手冊，並告知手冊(黃卡)為就醫憑證。 二、兒童健康手冊之黃卡視為就醫憑證，特約醫事服務機構應於提供兒童預防保健服務後，於黃卡加蓋院所戳章；服務對象未攜帶黃卡，不得提供此服務。 三、特約醫事服務機構於執行服務前，應先檢視兒童健康手冊之黃卡及內部相關紀錄表單，確認該次檢查未被施作後始得提供服務。如未攜帶黃卡，不得提供該次服務，外展至醫事機構外(如幼兒園)者之服務，亦同。
表單填寫與保存	一、執行新生兒聽力篩檢、兒童健康檢查及兒童衛生教育指導時，應告知其家長或主要照顧者，並於兒童健康手冊之「新生兒篩檢紀錄表」、「兒童預防保健服務(含衛教指導)就醫憑證」、「健康檢查紀錄表」及「衛教紀錄表」確實登錄後，由醫師於該次「健康檢查紀錄表」及「衛教紀錄表」簽名，並告知家長檢查結果請家長於「健康檢查紀錄表」簽名，且提供服務當日即於健保卡登錄及上傳當次檢查項目代碼、就醫序號，執行醫事人員登錄及相關資料，若民眾持虛假卡接受兒童預防保健服務，院所於提供服務二十四小時內，將當次執行紀錄上傳至衛生福利部中央健康保險署指定之系統。 二、執行兒童衛生教育指導時，應由醫師採一對一方式，提供家長或主要照顧者衛教評估及個別指導。 三、辦理新生兒聽力篩檢及兒童健康檢查者，應將新生兒聽力篩檢結果及相關資料(如附表一之七)及一歲六個月至二歲、三歲至未滿七歲之兒童健康檢查結果及相關資料(如附表一之八)，傳輸至健康署指定之系統。

其他應配合事項：特約醫事服務機構辦理兒童預防保健服務，經查兒童健康手冊之黃卡及內部相關紀錄表單之未依規定記載或加蓋院所戳章等，本部不予核付費用，並追扣已核付之費用。

附表一之四

健康署新生兒聽力篩檢作業流程



健康署兒童衛教指導申請書

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

本醫事機構自 年 月 日起申請參加健康署「兒童衛教指導」服務，並同意依本注意事項相關規定，落實執行兒童衛教指導，以維本服務之品質。

此致

健康署

兒童衛教指導服務院所名稱：

院所層級：

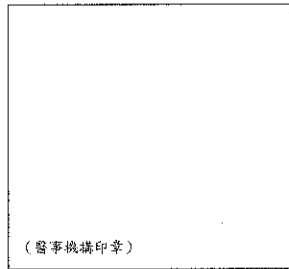
健保特約醫事機構代碼：

地址：

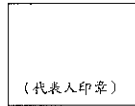
聯絡人：

聯絡電話：()

醫事機構章戳



(醫事機構印章)



(代表人印章)

中華民國 年 月 日

申請書附件 兒童衛教指導醫師名單

Table with 4 columns: 醫師姓名, 身分證字號末三碼, 專科醫師, 訓練證書. It contains 8 rows of data for different doctors, with checkboxes for '小兒科' and '家醫科'.

※表格不敷使用時請自行影印。

健康署新生兒聽力篩檢申請書

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

本醫事機構自 年 月 日起申請參加健康署「新生兒聽力篩檢」服務，並同意依本注意事項相關規定，落實執行新生兒聽力篩檢，以維本服務之品質。

此致

健康署

新生兒聽力篩檢服務院所名稱：

院所層級：

健保特約醫事機構代碼：

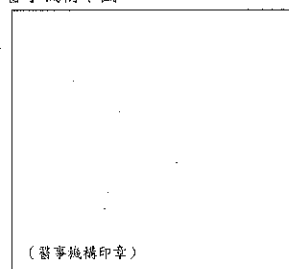
執行新生兒聽力篩檢醫務機構名稱：

地址：

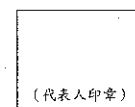
聯絡人：

聯絡電話：()

醫事機構章戳



(醫事機構印章)



(代表人印章)

中華民國 年 月 日

健康署新生兒聽力篩檢檢查紀錄結果表單

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

Form for recording hearing screening results. It includes sections for '基本資料' (Basic Information) with fields for mother's name, date of birth, gender, and address, and '新生兒聽力檢查結果' (Newborn Hearing Screening Results) with checkboxes for pass/fail results for both ears.

備註：

- List of 4 notes explaining the screening process, including the use of specific equipment and the criteria for passing or failing the test.

附表一之八

健康署【一歲六個月至二歲】兒童健康檢查紀錄結果表單

就醫日期： 年 月 日

基本資料	姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號
	出生日期	年 月 日 (年齡 歲 月)	聯絡電話	
身長/身高	公分 (百分位)	體重	公斤 (百分位)	頭圍
	公分 (百分位)	公分 (百分位)	公分 (百分位)	公分 (百分位)
健康評估及建議處置	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 需注意或異常項目 <input type="checkbox"/> 生長評估： <input type="checkbox"/> 建議定期追蹤 <input type="checkbox"/> 建議轉介，進一步檢查 <input type="checkbox"/> 身體檢查： <input type="checkbox"/> 建議定期追蹤 <input type="checkbox"/> 建議轉介，進一步檢查 <input type="checkbox"/> 發展評估： <input type="checkbox"/> 建議定期追蹤 <input type="checkbox"/> 建議轉介，進一步檢查			
	生長評估： <input type="checkbox"/> 身高問題 <input type="checkbox"/> 體重問題 <input type="checkbox"/> 頭圍問題 身體檢查： <input type="checkbox"/> 一般檢查： <input type="checkbox"/> 眼睛檢查 <input type="checkbox"/> 對聲音反應 <input type="checkbox"/> 口腔檢查 <input type="checkbox"/> 動作 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 社會情緒 <input type="checkbox"/> 其他 家長紀錄事項「發展狀況」異常題項 <input type="checkbox"/> A1.能由大人牽手或自扶欄杆上樓嗎？ <input type="checkbox"/> A2.會自己爬進椅子坐好嗎？ <input type="checkbox"/> A3.會說五個以上有意義的單字了嗎？ <input type="checkbox"/> A4.會指出至少三個身體部位嗎？例如：眼睛、嘴巴、手。 <input type="checkbox"/> A5.會聽從簡單的口頭指令嗎？例如：「拿去給哥哥」、「去拿鞋子」。 <input type="checkbox"/> A6.會模仿大人使用家裡的用具或做家事嗎？例如：聽電話、拿筷子梳頭、拿布擦桌子。 <input type="checkbox"/> A7.會用肢體動作表達嗎？例如：點頭謝謝、揮手再見。 <input type="checkbox"/> A8.會用手去指有趣的東西，與別人分享嗎？ <input type="checkbox"/> A9.玩遊戲時會用相似物品取代正確的玩具嗎？例如：拿積木當汽車。 <input type="checkbox"/> A10.在少許支撐下能蹲下或彎腰撿起地上的東西，然後恢復站的姿勢嗎？			
特殊記載	健保卡 就醫序號 特約醫事 機構代碼			

備註：本紀錄表填寫方式請參照「兒童健康檢查紀錄電子檔申報格式」。本表資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署【三至未滿七歲】兒童健康檢查紀錄結果表單

就醫日期： 年 月 日

基本資料	姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號
	出生日期	年 月 日 (年齡 歲 月)	聯絡電話	
身長/身高	公分 (百分位)	體重	公斤 (百分位)	
	公分 (百分位)	公分 (百分位)	公分 (百分位)	公分 (百分位)
健康評估及建議處置	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 需注意或異常項目 <input type="checkbox"/> 生長評估： <input type="checkbox"/> 建議定期追蹤 <input type="checkbox"/> 建議轉介，進一步檢查 <input type="checkbox"/> 身體檢查： <input type="checkbox"/> 建議定期追蹤 <input type="checkbox"/> 建議轉介，進一步檢查 <input type="checkbox"/> 發展評估： <input type="checkbox"/> 建議定期追蹤 <input type="checkbox"/> 建議轉介，進一步檢查			
	生長評估： <input type="checkbox"/> 身高問題 <input type="checkbox"/> 體重問題 身體檢查： <input type="checkbox"/> 一般檢查： <input type="checkbox"/> 眼睛檢查 <input type="checkbox"/> 對聲音反應 <input type="checkbox"/> 口腔檢查 <input type="checkbox"/> 動作 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 社會情緒 <input type="checkbox"/> 其他 三至四歲家長紀錄事項「發展狀況」異常題項 <input type="checkbox"/> B1.會從樓梯的最後一階雙腳跳下嗎？ <input type="checkbox"/> B2.能踏動三輪車前進嗎？ <input type="checkbox"/> B3.會畫圓形嗎？ <input type="checkbox"/> B4.能自己用湯匙吃東西，很少溢出來嗎？ <input type="checkbox"/> B5.說話時會正確的使用代名詞「你」、「我」、「她」嗎？ <input type="checkbox"/> B6.會自己去廁所尿尿嗎？ <input type="checkbox"/> B7.會自己解開扣子，脫掉衣服嗎？ <input type="checkbox"/> B8.能正確說出二種常見物品的功能嗎？ <input type="checkbox"/> B9.通常可以和別人一問一答持續對話，使用二至三個單詞的短句，且回答內容切題嗎？ <input type="checkbox"/> B10.能說出一個顏色，並說出三個圖形名稱(例如：鞋子、飛機等)？ 四至七歲家長紀錄事項「發展狀況」異常題項 <input type="checkbox"/> C1.會單腳站立至少五秒鐘嗎？ <input type="checkbox"/> C2.四歲以後的孩子，會一腳一階上下樓梯嗎？ <input type="checkbox"/> C3.會用剪刀剪紙嗎？ <input type="checkbox"/> C4.玩家家酒時會扮演爸爸、媽媽或其他大人的模樣(四歲六個月以上)。 <input type="checkbox"/> C5.會自己穿衣服並扣上扣子嗎？ <input type="checkbox"/> C6.能依照連續指令正確拿取物品嗎？(三個以內) <input type="checkbox"/> C7.會聽從簡單的口頭指令嗎？例如：「拿去給哥哥」、「去拿鞋子」。 <input type="checkbox"/> C8.說話表達正常嗎？例如：會和他人一問一答的聊天或談話。 <input type="checkbox"/> C9.能說出四個顏色，並模仿畫出三個圖形(如：□△○)嗎？			
特殊記載	健保卡 就醫序號 特約醫事 機構代碼			

備註：本紀錄表填寫方式請參照「兒童健康檢查紀錄電子檔申報格式」。本表資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

附表一之九

健康署第一次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單 (出生至二個月)

※紅框內之欄位請護理人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。
 【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利補助」】

姓名	出生日期	年 月 日	身分證字號
衛教主題	重點	家長評估	
		未做到	已做到
醫師指導重點			
1. 嬰兒哺餵	餵食狀況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
觀察寶寶一天尿褲變濕五至八次來確定寶寶有吃飽。 餵奶問題之原因與處理，尤其是母乳有瓶問題。 寶寶餵食後一小時內，應注意溢吐的狀況。			
2. 口腔清潔	口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
使用紗布清潔口腔(包含舌頭)。			
3. 嬰兒延長性黃疸	黃疸狀況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
以嬰兒大便卡觀察比對寶寶大便顏色。 寶寶出生後三十天仍有黃疸或大便顏色不正常，要帶回院所檢驗。			
4. 預防事故傷害及嬰兒猝死	睡眠環境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
每次睡眠都應仰睡，可考慮在睡眠時使用奶嘴。 睡眠地方(床鋪)表面須平整。 與嬰兒同室但避免同床(含沙發或墊子)。 嬰兒床避免有鬆軟物件或防撞護墊(床圍)。 一歲以下禁止使用枕頭(即使中間有凹/洞設計的也不行)。 若使用拉起式嬰兒床圍，應注意欄杆堅固，造成寶寶夾傷或窒息，且床圍杆兼具不可以超過六公分。 保持無菸環境，避免寶寶受二手菸、三手菸的威脅。 照顧寶寶時避免服用會影響清醒能力的藥物或酒精性飲料。 寶寶哭泣是和大人的溝通方式，需要家長耐心安撫，不可以劇烈搖晃、旋轉或將寶寶重摔床上；如果照顧者情緒無法控制，請向親友或專業人士尋求協助。 寶寶身上或身邊勿有任何懸線，如懸掛奶嘴、項鍊、平安符、窗簾繩或玩具吊繩。 不要搖晃寶寶泡牛奶或拿著熱飲。 準備寶寶洗澡水，先放冷水再放熱水。 汽車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。 避免使用機車或自行車搭載寶寶。			
家人行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
嬰兒搖籃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
安全照顧行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
寶寶外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
※返家後若有寶兒需求諮詢，請多加運用孕產研訓專線 0800-870870			
醫療院所名稱及代碼	衛教指導對象與寶寶關係	醫師簽章	
指導日期 年 月 日			

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
 二、本表衛教指導請參閱兒童健康手冊內容以衛教。
 三、本表資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第二次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單 (二至四個月)

※紅框內之欄位請護理人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。
 【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利補助」】

姓名	出生日期	年 月 日	身分證字號
衛教主題	重點	家長評估	
		未做到	已做到
醫師指導重點			
1. 嬰兒哺餵	餵食狀況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
純母乳哺養至六個月為佳，可持續哺養母乳至二歲。 奶量與餵食頻率，須依寶寶需求餵食。 不要讓寶寶含奶睡覺。			
2. 口腔清潔	口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
使用紗布清潔口腔(包含舌頭)。			
3. 預防事故傷害及嬰兒猝死	睡眠環境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
每次睡眠都應仰睡，可考慮在睡眠時使用奶嘴。 一歲以下禁止使用枕頭(即使中間有凹/洞設計的也不行)。 睡眠地方(床鋪)表面須平整。 與嬰兒同室但避免同床(含沙發或墊子)。 嬰兒床避免有鬆軟物件或防撞護墊(床圍)。 若使用拉起式嬰兒床圍，應注意欄杆堅固，造成寶寶夾傷或窒息，且床圍杆兼具不可以超過六公分。 寶寶身上或身邊勿有任何懸線，如懸掛奶嘴、項鍊、平安符、窗簾繩或玩具吊繩。 避免會劇烈搖晃孩童頭頸之動作或遊戲。 乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。 避免使用機車或自行車搭載寶寶。			
安全照顧行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
寶寶外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 親子共讀	親子共讀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
親子共讀很重要，請儘早開始陪寶寶一起看書、講故事。			
※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產研訓專線 0800-870870			
醫療院所名稱及代碼	衛教指導對象與寶寶關係	醫師簽章	
指導日期 年 月 日			

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
 二、本表衛教指導請參閱兒童健康手冊內容以衛教。
 三、本表資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第三次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單 (四至十個月)

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利補助」】

姓名		出生日期		年 月 日		身分證字號	
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點			
		未做到	已做到				
1. 嬰兒哺育	飲食狀況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	純母乳哺育至六個月為佳，可持續哺育母乳至二歲。 副食品於六個月後即需添加，於四至六個月提早添加需經醫師專業評估。 以新鮮、天然的食物為主，避免含糖飲料。 不要將大人嚼過的食物餵食寶寶。 不要讓寶寶含奶嘴睡覺。			
	副食品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	進食習慣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. 口腔清潔照護	口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	開始長乳牙了，餐後及睡前使用紗布沾含氟牙膏（僅需米粒大小），幫寶寶刷牙。 長乳牙後，每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。			
	視力保健	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. 預防事故傷害及嬰兒猝死	安全照顧行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	充分了解使用學步車的危險性，且應避免使用。 家具尖銳角或桌角使用防撞套來保護。 家中餐桌或茶几上不要鋪桌巾。 不要抱著寶寶泡牛奶或拿著熱飲。 將細小東西、藥品或其他危險物品，放在寶寶無法拿到的地方。 避免餵食堅硬固體食物，以防吸入哽塞窒息。 避免劇烈搖晃嬰兒頭頸之動作或遊戲。 乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。 避免使用機車或自行車搭載寶寶。			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	寶寶外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870

醫師院所名稱及代碼 衛教指導對象與寶寶關係 醫師簽章

指導日期 年 月 日

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第四次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單 (十個月至一歲六個月)

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利補助」】

姓名		出生日期		年 月 日		身分證字號	
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點			
		未做到	已做到				
1. 幼兒哺育	副食品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	可持續哺育母乳至二歲；六個月後務必添加副食品。 均衡食用六大類食品，補充鐵質可食用紅色肉類、蛋黃及深色蔬菜；補充碘營養素，可食用含碘豐富的食物例如：海帶、海藻或其他食物。 讓幼兒少量多嘗試各類食物並多變換烹煮方式。 一歲開始讓幼兒使用學習杯及湯匙，並逐漸減少奶瓶餵奶次數以準備戒斷奶嘴。 進食時應讓幼兒坐穩，避免追逐餵食。			
	飲食習慣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	進食習慣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. 口腔與視力保健	口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	餐後及睡前使用牙線（棒）刷牙及含氟牙膏。 每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。 建議未滿二歲幼兒不看螢幕，有視覺異常症狀應看眼科醫師。 與幼兒同室但避免同床（含沙發或墊子），且幼兒床應有鬆軟物件或防護墊。 避免玩具脫落之附件吸入，或口中含著食物奔跑、嬉戲。 不讓幼兒玩塑膠袋或爬入密封箱櫃，易造成窒息。 避免幼兒發生墜樓的意外，窗戶、陽台旁不可放置可供孩童攀爬的家具、花盆或其他雜物。 不可讓幼兒獨處或託付給未成年者照顧。 幼兒活動範圍要遠離車道。 乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。 避免使用機車或自行車搭載寶寶。			
	視力保健	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. 預防事故傷害	安全照顧行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	充分了解使用學步車的危險性，且應避免使用。 家具尖銳角或桌角使用防撞套來保護。 家中餐桌或茶几上不要鋪桌巾。 不要抱著寶寶泡牛奶或拿著熱飲。 將細小東西、藥品或其他危險物品，放在寶寶無法拿到的地方。 避免餵食堅硬固體食物，以防吸入哽塞窒息。 避免劇烈搖晃嬰兒頭頸之動作或遊戲。 乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。 避免使用機車或自行車搭載寶寶。			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
幼兒外出	幼兒外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	充分了解使用學步車的危險性，且應避免使用。 家具尖銳角或桌角使用防撞套來保護。 家中餐桌或茶几上不要鋪桌巾。 不要抱著寶寶泡牛奶或拿著熱飲。 將細小東西、藥品或其他危險物品，放在寶寶無法拿到的地方。 避免餵食堅硬固體食物，以防吸入哽塞窒息。 避免劇烈搖晃嬰兒頭頸之動作或遊戲。 乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。 避免使用機車或自行車搭載寶寶。			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870

醫師院所名稱及代碼 衛教指導對象與寶寶關係 醫師簽章

指導日期 年 月 日

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第五次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單 (一歲六個月至二歲)

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利補助」】

姓名		出生日期		年 月 日		身分證字號					
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點							
		未做到	已做到								
1. 幼兒飲食	飲食習慣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	少喝含糖飲料，不喝含咖啡因飲料（如：紅茶），多喝白開水。 選擇新鮮、當季的天然食物，烹煮方式以蒸、燉、煮或代煎、炸。 讓幼兒使用學習杯及湯匙，並戒斷奶瓶餵奶；但持續乳類食品之供應。 用餐應固定地點，讓幼兒坐高腳椅，並與家人一起用餐。 餐後及睡前使用牙線（棒）及牙刷沾含氟牙膏刷牙。 每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。 建議未滿二歲幼兒不看螢幕，二歲以上兒童每天看螢幕不要超過一小時，有視覺異常症狀應看眼科醫師。 浴室或浴盆內要設置防滑設備。 將瓦斯熱水器安裝於戶外通風處，並隨時保持室內空氣流通。 隨時清空儲水容器，避免幼兒不慎吸入。 避免幼兒單獨進入浴室廚房。 藥品、清潔劑、殺菌劑、刀剪或其他危險物品，置於高處或鎖在櫃、抽屜內。 避免幼兒發生墜樓的意外，窗戶、陽台旁不可放置可供孩童攀爬的家具、花盆或其他雜物。 避免劇烈搖晃嬰兒頭頸之動作或遊戲。 開車前安置幼兒上車，行車時按下兒童安全鎖，停車後由成人協助幼兒下車。 乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。 避免使用機車或自行車搭載寶寶。 倒車時留意車外幼兒行蹤。 不可將幼兒單獨留在車內。 不讓幼兒離開視線範圍，並禁止讓幼兒獨自留在儲水容器邊、池塘邊、河邊、游泳池及游泳池邊或海邊。							
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
2. 口腔與視力保健	口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	餐後及睡前使用牙線（棒）及牙刷沾含氟牙膏刷牙。 每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。 建議未滿二歲幼兒不看螢幕，二歲以上兒童每天看螢幕不要超過一小時，有視覺異常症狀應看眼科醫師。 浴室或浴盆內要設置防滑設備。 將瓦斯熱水器安裝於戶外通風處，並隨時保持室內空氣流通。 隨時清空儲水容器，避免幼兒不慎吸入。 避免幼兒單獨進入浴室廚房。 藥品、清潔劑、殺菌劑、刀剪或其他危險物品，置於高處或鎖在櫃、抽屜內。 避免幼兒發生墜樓的意外，窗戶、陽台旁不可放置可供孩童攀爬的家具、花盆或其他雜物。 避免劇烈搖晃嬰兒頭頸之動作或遊戲。 開車前安置幼兒上車，行車時按下兒童安全鎖，停車後由成人協助幼兒下車。 乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。 避免使用機車或自行車搭載寶寶。 倒車時留意車外幼兒行蹤。 不可將幼兒單獨留在車內。 不讓幼兒離開視線範圍，並禁止讓幼兒獨自留在儲水容器邊、池塘邊、河邊、游泳池及游泳池邊或海邊。							
	視力保健	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
3. 預防事故傷害	安全照顧行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	充分了解使用學步車的危險性，且應避免使用。 家具尖銳角或桌角使用防撞套來保護。 家中餐桌或茶几上不要鋪桌巾。 不要抱著寶寶泡牛奶或拿著熱飲。 將細小東西、藥品或其他危險物品，放在寶寶無法拿到的地方。 避免餵食堅硬固體食物，以防吸入哽塞窒息。 避免劇烈搖晃嬰兒頭頸之動作或遊戲。 乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。 避免使用機車或自行車搭載寶寶。							
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	幼兒外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					充分了解使用學步車的危險性，且應避免使用。 家具尖銳角或桌角使用防撞套來保護。 家中餐桌或茶几上不要鋪桌巾。 不要抱著寶寶泡牛奶或拿著熱飲。 將細小東西、藥品或其他危險物品，放在寶寶無法拿到的地方。 避免餵食堅硬固體食物，以防吸入哽塞窒息。 避免劇烈搖晃嬰兒頭頸之動作或遊戲。 乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。 避免使用機車或自行車搭載寶寶。			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870

醫師院所名稱及代碼 衛教指導對象與寶寶關係 醫師簽章

指導日期 年 月 日

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第六次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單 (二至三歲)

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利補助」】

姓名		出生日期		年 月 日		身分證字號	
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點			
		未做到	已做到				
1. 幼兒飲食	飲食習慣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避免以食物作為幼兒行為表現的獎勵品。 餐前二小時內不宜提供點心。 規定合理用餐時間（一般為三十分鐘）。 用餐應固定地點，讓幼兒坐高腳椅，並與家人一起用餐。 用餐時不要看電視，並固定在餐桌上用餐。 維持進餐愉悅氣氛，讓幼兒參與餐後清潔。 餐後及睡前使用含氟牙膏，幫助幼兒刷牙，二顆牙齒的臨接觸面，需使用牙線（棒）清潔。 每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。 用眼三十分鐘，休息十分鐘；並避免長時間近距離用眼，二歲以上每日看螢幕不要超過一小時，有視覺異常症狀應看眼科醫師。 藥品、清潔劑、殺菌劑或其他危險物品，置於高處或鎖在櫃、抽屜內。 電器用品應放置平穩不易傾倒，其電線收藏在幼兒無法接觸或拉動之處。 避免幼兒夾傷、擠壓或放置在幼兒無法接觸到的地方。 教導幼兒穿過馬路「停看聽」的正確交通行為，且在過馬路時應牽住幼兒的手腕。 避免使用機車或自行車搭載寶寶。 務必使用汽車安全座椅，並予以束縛或定位於後座。			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. 口腔與視力保健	口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	餐後及睡前使用牙線（棒）及牙刷沾含氟牙膏刷牙。 每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。 建議未滿二歲幼兒不看螢幕，二歲以上兒童每天看螢幕不要超過一小時，有視覺異常症狀應看眼科醫師。 浴室或浴盆內要設置防滑設備。 將瓦斯熱水器安裝於戶外通風處，並隨時保持室內空氣流通。 隨時清空儲水容器，避免幼兒不慎吸入。 避免幼兒單獨進入浴室廚房。 藥品、清潔劑、殺菌劑、刀剪或其他危險物品，置於高處或鎖在櫃、抽屜內。 避免幼兒發生墜樓的意外，窗戶、陽台旁不可放置可供孩童攀爬的家具、花盆或其他雜物。 避免劇烈搖晃嬰兒頭頸之動作或遊戲。 開車前安置幼兒上車，行車時按下兒童安全鎖，停車後由成人協助幼兒下車。 乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。 避免使用機車或自行車搭載寶寶。 倒車時留意車外幼兒行蹤。 不可將幼兒單獨留在車內。 不讓幼兒離開視線範圍，並禁止讓幼兒獨自留在儲水容器邊、池塘邊、河邊、游泳池及游泳池邊或海邊。			
	視力保健	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. 預防事故傷害	安全照顧行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	充分了解使用學步車的危險性，且應避免使用。 家具尖銳角或桌角使用防撞套來保護。 家中餐桌或茶几上不要鋪桌巾。 不要抱著寶寶泡牛奶或拿著熱飲。 將細小東西、藥品或其他危險物品，放在寶寶無法拿到的地方。 避免餵食堅硬固體食物，以防吸入哽塞窒息。 避免劇烈搖晃嬰兒頭頸之動作或遊戲。 乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。 避免使用機車或自行車搭載寶寶。			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
幼兒外出	幼兒外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	充分了解使用學步車的危險性，且應避免使用。 家具尖銳角或桌角使用防撞套來保護。 家中餐桌或茶几上不要鋪桌巾。 不要抱著寶寶泡牛奶或拿著熱飲。 將細小東西、藥品或其他危險物品，放在寶寶無法拿到的地方。 避免餵食堅硬固體食物，以防吸入哽塞窒息。 避免劇烈搖晃嬰兒頭頸之動作或遊戲。 乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。 避免使用機車或自行車搭載寶寶。			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870

醫師院所名稱及代碼 衛教指導對象與寶寶關係 醫師簽章

指導日期 年 月 日

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第七次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單 (三至未滿七歲)

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。
【本檢查由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐補助】

姓名	出生日期	家長評估		醫師指導重點
		未做到	已做到	
衛教主題	重點			
1. 兒童習慣養成	飲食習慣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	少喝含糖飲料。選擇營養食物，避免高油、高糖、高鹽及重口味的食物或零食。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	攝取均衡飲食，著重多樣性蔬菜水果，避免給予兒童零食，且家中不要存放過多零食。
	用餐環境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	用餐時應讓幼兒坐穩，避免邊玩邊吃。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	用餐應固定地點，讓兒童坐高腳椅，並與家人一起用餐。
2. 口腔與視力保健	口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避免在兒童房放置電視，除兒童易受電視食品廣告影響外，長期久坐會有肥胖風險。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	餐後及睡前使用含氟牙膏，幫助兒童刷牙，二顆牙齒的翻擦面，需使用牙線(棒)清潔。
	視力保健	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	每半年定期看診牙醫及牙齒塗氟。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	二歲以上兒童每天看螢幕不要超過一小時。
3. 預防事故傷害	安全照顧行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不可讓兒童獨處或託付給未成年者照顧。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避免兒童接觸打火機或家中火源。
	幼兒外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	刀剪或其他危險物品，應置於高處或鎖在櫃、抽屜內。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避免幼兒發生墜樓的意外，窗戶、陽台旁不可放置可供孩童攀爬的家具、花盆或其他雜物。

※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870

醫療院所名稱及代碼	衛教指導對象與實質關係	醫師簽章
		指導日期 年 月 日

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

附表一之十

健康署新生兒聽力篩檢資料電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項：

- 申報檢查結果資料或增進追蹤資料電子檔，其檔案第一筆必須按下列格式輸入醫療機構聯絡資料，俾利回復資料檢核結果。
- 格式欄位 V 為必填，△為非必填。
- 英數字請使用英數字元輸入，請勿使用全型數字字元(如：1 2 3 4 5 6 7 8 9 0)。

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	母親身分證號碼	文字	10	V	國民身分證或統一編號
2	母親姓名	文字	10	V	
3	新生兒胎次	文字	10	V	0-單胎、1-多胎(A)、2-多胎(B)、3-多胎(C)、4-多胎(D)、5-多胎(E)、6-多胎(F)
4	第一次篩檢日期	文字	8	V	YYYYMMDD
5	第一次篩檢右耳結果	文字	1	V	1.通過：聽力 < 40 dBnHL 2.不通過：聽力 ≥ 40 dBnHL，須進行第 2 次篩檢
6	第一次篩檢左耳結果	文字	1	V	1.通過：聽力 < 40 dBnHL 2.不通過：聽力 ≥ 40 dBnHL，須進行第 2 次篩檢
7	第二次篩檢日期	文字	8	V	YYYYMMDD
8	第二次篩檢右耳結果	文字	1	V	1.通過：聽力 < 40 dBnHL 2.不通過：聽力 ≥ 40 dBnHL，須進行轉介
9	第二次篩檢左耳結果	文字	1	V	1.通過：聽力 < 40 dBnHL 2.不通過：聽力 ≥ 40 dBnHL，須進行轉介
10	篩檢結果	文字	1	V	1.通過：聽力 < 40 dBnHL 2.不通過：聽力 ≥ 40 dBnHL，第 2 次篩檢聽力 ≥ 40 dBnHL 須進行轉介 3.不確定：第 1 次篩檢不通過，未從第 2 次篩檢
11	醫療機構代碼	文字	10	V	
12	轉介醫療機構代碼	文字	10	V	
13	第一次健保卡類別	文字	10	V	1:依附母親 2:依附父親 3:新生兒健保卡 4:無健保卡

附表一之十一

健康署兒童健康檢查紀錄結果表單電子檔申報格式

(每筆長度：212 BYTES)

項次	資料名稱	格式	資料說明
1	資料格式	X (1)	1:1 歲 6 個月至 2 歲兒童健康檢查紀錄； 2:3 至未滿 7 歲兒童健康檢查紀錄。
2	就醫日期	9 (7)	前 3 碼為民國年(右靠不足補 0)，中 2 碼為月份，後 2 碼為日數(如：0980630 表示 98 年 6 月 30 日)，以實際就醫日期填寫。
3	性別	X (1)	1:男；2:女。 性別檢查原則，請參考備註一。
4	身分證統一編號	X (10)	國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼)，左靠不足補空白，身分證統一編號檢查原則，請參考備註二。
5	出生日期	X (7)	前 3 碼為民國年(右靠不足補 0)，中 2 碼為月份，後 2 碼為日數。
6	現住地鄉鎮市區	X (4)	鄉鎮市區代碼 4 碼，非鄉鎮區號(請參考最新版鄉鎮市區代碼對照表)
7	身長/身高	9 (5) v9	單位：公分，取至小數點下 1 位，第 2 位四捨五入，4 位整數，1 位小數右靠，小數點不需表示，右靠不足補 0。
8	體重	9 (4) v9	單位：公斤，取至小數點下 1 位，第 2 位四捨五入，3 位整數，1 位小數右靠，小數點不需表示，右靠不足補 0。
9	頭圍	9 (4) v9	單位：公分，取至小數點下 1 位，第 2 位四捨五入，3 位整數，1 位小數右靠，小數點不需表示，右靠不足補 0。【1 歲 6 個月至 2 歲兒童測量】
10	健康評估	X (1)	1:無明顯異常。 2:需注意或異常項目。 請參見備註三。
11	需注意或異常項目-生長評估	X (1)	0:無；1:有。 請參見備註四。
12	建議處置-生長評估	X (1)	0:無。 1:建議定期追蹤。 2:建議轉介，進一步檢查。 請參見備註四。
13	需注意或異常項目-身體檢查	X (1)	0:無；1:有。 請參見備註四。

14	第二次健保卡類別	文字	10	V	1:依附母親 2:依附父親 3:新生兒健保卡 4:無健保卡
15	第一次聽說	文字	10	V	
16	第二次聽說	文字	10	V	
17	第一次執行聽力篩檢醫事人員身分類別	文字	10	V	1:耳鼻喉科醫師 2:聽力師 3:其他醫事人員
18	第二次執行聽力篩檢醫事人員身分類別	文字	10	V	1:耳鼻喉科醫師 2:聽力師 3:其他醫事人員
19	第一次執行聽力篩檢醫事人員證號	文字	10	V	
20	第二次執行聽力篩檢醫事人員證號	文字	10	V	

備註：新生兒聽力檢查結果如左、右耳皆 < 40 dBnHL (篩檢儀器設定為 35 dBnHL) 為通過免進行第 2 次篩檢，如左、右耳或其中一耳聽力 ≥ 40 dBnHL (篩檢儀器設定為 35 dBnHL) 為不通過，須進行第 2 次篩檢。

14	建議處置-身體檢查	X (1)	0: 無。 1: 建議定期追蹤。 2: 建議轉介, 進一步檢查。 請參見備註四。
15	高注意或異常項目-發展評估	X (1)	0: 無; 1: 有。請參見備註四。
16	建議處置-發展評估	X (1)	0: 無。 1: 建議定期追蹤。 2: 建議轉介, 進一步檢查。 請參見備註四。
17	生長評估需注意或異常項目-身高問題	X (1)	0: 無; 1: 有。
18	生長評估需注意或異常項目-體重問題	X (1)	0: 無; 1: 有。
19	生長評估需注意或異常項目-頭圍問題	X (1)	0: 無; 1: 有。【限1歲6個月至2歲兒童】
20	身體檢查需注意或異常項目-一般檢查	X (1)	0: 無; 1: 有。請參見備註五。
21	一般檢查需注意或異常項目-頭	X (1)	0: 無; 1: 有。
22	一般檢查需注意或異常項目-皮膚	X (1)	0: 無; 1: 有。
23	一般檢查需注意或異常項目-耳朵	X (1)	0: 無; 1: 有。
24	一般檢查需注意或異常項目-口	X (1)	0: 無; 1: 有。
25	一般檢查需注意或異常項目-咽	X (1)	0: 無; 1: 有。
26	一般檢查需注意或異常項目-頸	X (1)	0: 無; 1: 有。
27	一般檢查需注意或異常項目-胸	X (1)	0: 無; 1: 有。
28	一般檢查需注意或異常項目-心音	X (1)	0: 無; 1: 有。
29	一般檢查需注意或異常項目-腹	X (1)	0: 無; 1: 有。
30	一般檢查需注意或異常項目-四肢	X (1)	0: 無; 1: 有。
31	一般檢查需注意或異常項目-外生贅肉	X (1)	0: 無; 1: 有。
32	一般檢查需注意或異常項目-神經肌肉發展	X (1)	0: 無; 1: 有。
33	一般檢查需注意或異常項目-其他	X (1)	0: 無; 1: 有。
34	身體檢查需注意或異常項目-眼睛檢查	X (1)	0: 無; 1: 有。
35	身體檢查需注意或異常項目-對聲音反應	X (1)	0: 無; 1: 有。
36	身體檢查需注意或異常項目-口腔檢查	X (1)	0: 無; 1: 有。
37	【1歲6個月至2歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-動作	X (1)	0: 無; 1: 有。請參見備註六。
38	發展異常題項 (題項 A1)	X (1)	0: 無; 1: 有。【1歲6個月至2歲兒童測量】
39	發展異常題項 (題項 A2)	X (1)	0: 無; 1: 有。【1歲6個月至2歲兒童測量】
40	發展異常題項 (題項 A10)	X (1)	0: 無; 1: 有。【1歲6個月至2歲兒童測量】
41	【1歲6個月至2歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-語言	X (1)	0: 無; 1: 有。請參見備註六。

42	發展異常題項 (題項 A3)	X (1)	0: 無; 1: 有。【1歲6個月至2歲兒童測量】
43	發展異常題項 (題項 A4)	X (1)	0: 無; 1: 有。【1歲6個月至2歲兒童測量】
44	發展異常題項 (題項 A5)	X (1)	0: 無; 1: 有。【1歲6個月至2歲兒童測量】
45	發展異常題項 (題項 A7)	X (1)	0: 無; 1: 有。【1歲6個月至2歲兒童測量】
46	【1歲6個月至2歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-認知	X (1)	0: 無; 1: 有。請參見備註六。
47	發展異常題項 (題項 A4)	X (1)	0: 無; 1: 有。【1歲6個月至2歲兒童測量】
48	發展異常題項 (題項 A9)	X (1)	0: 無; 1: 有。【1歲6個月至2歲兒童測量】
49	【1歲6個月至2歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-社會情緒	X (1)	0: 無; 1: 有。請參見備註六。
50	發展異常題項 (題項 A6)	X (1)	0: 無; 1: 有。【1歲6個月至2歲兒童測量】
51	發展異常題項 (題項 A8)	X (1)	0: 無; 1: 有。【1歲6個月至2歲兒童測量】
52	【1歲6個月至2歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-其他	X (1)	0: 無; 1: 有。
53	【3至未滿7歲之3至4歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-動作	X (1)	0: 無; 1: 有。請參見備註六。
54	發展異常題項 (題項 B1)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之3至4歲兒童測量】
55	發展異常題項 (題項 B2)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之3至4歲兒童測量】
56	發展異常題項 (題項 B3)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之3至4歲兒童測量】
57	發展異常題項 (題項 B7)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之3至4歲兒童測量】
58	【3至未滿7歲之3至4歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-語言	X (1)	0: 無; 1: 有。請參見備註六。
59	發展異常題項 (題項 B5)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之3至4歲兒童測量】
60	發展異常題項 (題項 B9)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之3至4歲兒童測量】
61	發展異常題項 (題項 B10)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之3至4歲兒童測量】
62	【3至未滿7歲之3至4歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-認知	X (1)	0: 無; 1: 有。請參見備註六。
63	發展異常題項 (題項 B8)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之3至4歲兒童測量】
64	發展異常題項 (題項 B11)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之3至4歲兒童測量】

65	【3至未滿7歲之3至4歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-社會情緒	X (1)	0: 無; 1: 有。請參見備註六。
66	發展異常題項 (題項 B4)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之3至4歲兒童測量】
67	發展異常題項 (題項 B6)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之3至4歲兒童測量】
68	【3至未滿7歲之3至4歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-其他	X (1)	0: 無; 1: 有。請參見備註六。
69	【3至未滿7歲之4至7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-動作	X (1)	0: 無; 1: 有。請參見備註六。
70	發展異常題項 (題項 C1)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之4至7歲兒童測量】
71	發展異常題項 (題項 C2)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之4至7歲兒童測量】
72	發展異常題項 (題項 C3)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之4至7歲兒童測量】
73	發展異常題項 (題項 C5)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之4至7歲兒童測量】
74	發展異常題項 (題項 C9)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之4至7歲兒童測量】
75	【3至未滿7歲之4至7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-語言	X (1)	0: 無; 1: 有。請參見備註六。
76	發展異常題項 (題項 C7)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之4至7歲兒童測量】
77	發展異常題項 (題項 C8)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之4至7歲兒童測量】
78	發展異常題項 (題項 C9)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之4至7歲兒童測量】
79	【3至未滿7歲之4至7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-認知	X (1)	0: 無; 1: 有。請參見備註六。
80	發展異常題項 (題項 C6)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之4至7歲兒童測量】
81	發展異常題項 (題項 C9)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之4至7歲兒童測量】
82	【3至未滿7歲之4至7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-社會情緒	X (1)	0: 無; 1: 有。請參見備註六。
83	發展異常題項 (題項 C4)	X (1)	0: 無; 1: 有。【3至未滿7歲之4至7歲兒童測量】

84	【3至未滿7歲之4至7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-其他	X (1)	0: 無; 1: 有。請參見備註六。
85	健保卡洗滌序號	X (4)	預防保健訪填「IC」預防保健之服務時程代碼, 僅為第五次或第七次補助時程之就醫序號, 請參考備註七。
86	特約醫學機構代碼	X (10)	衛生福利部編定之代碼。
87	特殊記載	X (30)	如有特殊利用情形者, 請說明。 中英文字至多輸入30個BYTES, 左靠不足補中文空白 (BIG-5碼精確滿30個BYTES)。
88	保留欄位	X (30)	預留欄位用。
89	查檢保險對象姓名	X (20)	左靠不足補中文空白 (BIG-5碼精確滿20個BYTES); 如為外籍人士無中文姓名者, 請輸入英文半形, 不足補英文空白 (姓名欄為檔案最後之欄位)。

備註:

- 一、性別檢查原則: 特約醫學服務機構參考依保單之「性別醫學服務點數清單媒體申報格式及填表說明」, 所訂身分號碼一欄按欄位之性別檢查原則, 逐項說明更新時, 本申報格式之性別檢查原則亦隨之更新。
- 二、身心體檢一欄檢查原則: 特約醫學服務機構參考依保單「門診醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明」, 逐項說明更新時, 本申報格式之身心體檢一欄檢查原則亦隨之更新。
- 三、「健康評估」欄位
 - (一) 填寫「無明顯異常」者, 則無須填寫「高注意或異常項目」相關欄位。
 - (二) 填寫「高注意或異常項目」者, 請進一步填寫「高注意或異常項目」之題項 (包括「生長評估」、「身體檢查」及「發展評估」等3項); 若有高注意或異常項目, 請同時填報。
- 四、「建議處置」欄位 (限填寫「需注意或異常項目」者填寫)
 - (一) 填寫「建議定期追蹤」者, 無須填寫「高注意或異常項目」。
 - (二) 填寫「建議轉介, 進一步檢查」者, 則依序進一步填寫「需注意或異常項目」之項目, 說明如下:
 1. 若填寫「生長評估」者, 則須進一步填寫「身高問題」、「體重問題」, 及「頭圍問題」等相關欄位 (其中「頭圍問題」僅限1歲6個月至2歲兒童); 若有高注意或異常項目, 請同時填報。
 2. 若填寫「身體檢查」者, 則須進一步填寫「一般檢查」、「眼睛檢查」、「對聲音反應」、「口腔檢查」等相關欄位; 若有高注意或異常項目, 請同時填報。
 3. 若填寫「發展評估」者, 則須進一步填寫「動作」、「語言」、「認知」、「社會情緒」, 及「其他」等相關欄位; 若有高注意或異常項目, 請同時填報。
- 五、「身體檢查需注意或異常項目」欄位: 有填寫「一般檢查」者, 必須進一步填寫需注意或異常項目欄位有哪些 (若有高注意或異常項目, 請同時填報)。
- 六、「發展異常題項」欄位 (若有高注意或異常項目, 請同時填報)
 - (一)「健康寶【一歲六個月至二歲】兒童健康檢查紀錄結果表單」(適用年齡為18至檢查年月-出生年月且≤24者)
 - 1.「發展狀況需注意或異常項目」為「動作」者, 請填寫異常題項: A1、A2或A10。
 - 2.「發展狀況需注意或異常項目」為「語言」者, 請填寫異常題項: A3、A4、A5或A7。
 - 3.「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者, 請填寫異常題項: A4或A9。
 - 4.「發展狀況需注意或異常項目」為「社會情緒」者, 請填寫異常題項: A6或A8。
 - (二)「健康寶【三至未滿七歲】兒童健康檢查紀錄結果表單」(適用年齡為36至檢查年月-出生年月且≤84者)
 1. 年齡3至4歲者
 - (1)「發展狀況需注意或異常項目」為「動作」者, 請填寫異常題項: B1、B2、B3或B7。
 - (2)「發展狀況需注意或異常項目」為「語言」者, 請填寫異常題項: B5、B9或B10。

- (3)「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者，請填寫異常題項：B8或B11。
 (4)「發展狀況需注意或異常項目」為「社會情緒」者，請填寫異常題項：B6或B4。
 2、年齡4至7歲者
 (1)「發展狀況需注意或異常項目」為「動作」者，請填寫異常題項：C1、C2、C3、C5或C9。
 (2)「發展狀況需注意或異常項目」為「語言」者，請填寫異常題項：C7、C8或C9。
 (3)「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者，請填寫異常題項：C6、C9。
 (4)「發展狀況需注意或異常項目」為「社會情緒」者，請填寫異常題項：C4。
 七、第5次或第7次兒童健康檢查就診時採填單方式，IC76為第5次(1歲6個月至2歲)，IC79為第7次(3至未滿7歲)。
 八、各項資料務請詳實填寫，不得個案塗改年齡之欄位，文字欄位請空白，數字欄位請0，如原欄位有錯誤者，請以塗改處理。

附表二之一 執行孕婦產前預防保健服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
產前檢查	一、醫療院所應有登記執業之婦產科醫師、家庭醫學科專科醫師或助產人員；如其為助產所，應有登記執業之助產人員。 二、助產所之實驗室檢查及超音波檢查，應委託其他辦理全民健康保險預防保健服務之特約醫療院所執行，並由前述特約醫療院所判讀結果。 三、健康審查資格通過之母親親善醫療機構，始得申報每次產前檢查額外給付母乳衛教指導費用。	有登記執業之婦產科醫師、家庭醫學科專科醫師或助產人員。
產前健康照護衛教指導	一、應為辦理產前檢查之特約醫事服務機構。 二、應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師；如其為助產所，應有登記執業之助產人員。 三、符合上開資格者，得備齊相關文件向健康署提出申請(申請書如附表二之十五)；申請作業流程如附表二之十六。	一、登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師或助產人員。 二、執行人員應經健康署認可早產產前健康照護指導訓練課程，測試合格，課程內容至少三學分，每學分至少五十分鐘，且需經該署認可。
產前乙型肝炎篩檢	一、應為辦理產前檢查之特約醫事服務機構。 二、應有登記執業之婦產科醫師、家庭醫學科專科醫師；如其為助產所，應有登記執業之助產人員。 三、符合上開資格者，得備齊相關文件向健康署提出申請(申請書如附表二之十九)；經審查通過後成為「孕婦乙型肝炎篩檢」之特約醫事服務機構。 四、其篩檢檢體應送至經健康署資格審查通過之「孕婦乙型肝炎篩檢實驗室」進行檢驗。(檢查及費用申報作業流程如附表二之二十)	登記執業之婦產科醫師、家庭醫學科專科醫師或助產人員。
妊娠糖尿病篩檢	一、應為辦理產前檢查之特約醫事服務機構。 二、應有登記執業之婦產科醫師、家庭醫學科專科醫師；如其為助產所，應有登記執業之助產人員。	登記執業之婦產科醫師、家庭醫學科專科醫師或助產人員。

其他應配合事項：

- 特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源，其中「產前檢查」、「妊娠糖尿病篩檢」項目之經費來源應標示「由衛生福利部國民健康署經費補助」；「產前健康照護衛教指導」及「產前乙型肝炎篩檢」此二項目之經費來源應標示「由衛生福利部國民健康署運用於全民健康福利補助」。
- 健康審查資格通過之母親親善醫療機構，始得申報每次產前檢查額外給付母乳衛教指導費新臺幣二十元。
- 未納健保新住民懷孕婦女之產前檢查、產前健康照護衛教指導、乙型肝炎篩檢服務及妊娠糖尿病篩檢及貧血檢驗之申報費用規定，應另依健康署規定辦理。

附表二之二 產前檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼	就醫序號		服務對象及建議時程	服務內容	補助金額	
	醫療院所	助產所			醫療院所	助產所
40	5A	IC40	IC5A	第一次(第八週) 一、例行檢查項目。(註一) 二、流產徵兆、高危險妊娠及早期營養衛教指導。	340	272
41	5B	IC41	IC5B	妊娠第一期孕婦(妊娠未滿十三週) 第二次(第十二週) 一、於妊娠八週以後或第二次檢查須包括下列檢查項目 (一)問診：家庭疾病史、過去疾病史、過去孕產史、本胎不適症狀、戒煙習慣查詢。 (二)身體檢查：體重、身高、血壓、甲狀腺、乳房、骨盆檢查、胸肺及腹部檢查。 (三)實驗室檢驗：血液常規項目(包括白血球(WBC)、紅血球(RBC)、血小板(Plt)、血球容積比(Hct)、血色素(Hb)、平均紅血球體積(MCV)、血型、Rh因子、德國麻疹抗體 Rubella IgG及B型肝炎血清標誌檢驗HBsAg、HBeAg(推因特殊情況無法於本次檢查者，可於第八次孕婦產前檢查時接受本項檢查)、VDRL或RPR(梅毒檢查)及尿液常規。 二、例行檢查項目。(註一) 三、德國麻疹抗體檢查呈陰性之孕婦，應在產後儘速注射一劑麻腮疫苗或德國麻疹混合疫苗，該劑疫苗免費。	735 (不含 Rubella IgG及 HBsAg)	652 (不含 Rubella IgG及 HBsAg)
42	5C	IC42	IC5C	第三次(第十六週) 一、例行檢查項目。(註一) 二、早產防治衛教指導。	340	272
43	5D	IC43	IC5D	第四次(第二十週) 一、例行檢查項目。(註一) 二、早產防治衛教指導。	340	272
44	5E	IC44	IC5E	第五次(第二十四週) 一、例行檢查項目。(註一) 二、早產徵兆及早期營養衛教指導。	340	272
45	5F	IC45	IC5F	第六次(第二十八週) 例行檢查項目。(註一)	340	272

46	5G	IC46	IC5G	第七次(第三十週) 例行檢查項目。(註一)	340	272
47	5H	IC47	IC5H	第八次(第三十二週) 一、例行檢查項目。(註一) 二、於妊娠三十二週前後提供VDRL或其他實驗室檢驗。	403	335
48	5I	IC48	IC5I	第九次(第三十四週) 例行檢查項目。(註一)	340	272
49	5J	IC49	IC5J	第十次(第三十六週) 例行檢查項目。(註一)	340	272
50	5K	IC50	IC5K	第十一次(第三十七週) 例行檢查項目。(註一)	340	272
51	5L	IC51	IC5L	第十二次(第三十八週) 例行檢查項目。(註一)	340	272
52	5M	IC52	IC5M	第十三次(第三十九週) 例行檢查項目。(註一)	340	272
53	5N	IC53	IC5N	第十四次(第四十週) 例行檢查項目。(註一)	340	272
54	-	IC54	-	經醫療專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請；因妊娠超過四十週仍有產檢需求且不符合健保給付範圍者，由醫事服務機構於事前預具理由向健康署申請。(註二)	340	-
60	6A	IC40 IC42	IC5A IC5C	第一次超音波檢查：建議於妊娠第八至十六週提供一次超音波檢查。確定胎兒心跳，評估著床位置、胎數、胎兒大小及預產期。(註三)	550	526
61	6B	IC43 IC46	IC5D IC5G	第二次超音波檢查：建議於妊娠第二十週前後提供一次超音波檢查。檢查胎數、胎兒大小測量、心跳、胎盤位置、羊水量。(註三)	550	526
62	6C	IC47 IC53	IC5H IC5N	第三次超音波檢查：建議於妊娠第三十二週後提供一次超音波檢查。在妊娠後期或生產前，確定胎兒胎位或其他情形，以利生產方式的決定。檢查心跳、胎位、胎兒大小測量、胎盤位置及羊水量。(註三)	550	526
55	6D	IC44 IC45	IC5E IC5F	妊娠第二十四至二十八週 貧血檢驗(CBC III-(WBC、RBC、Hb、Hct、MCV)及血小板計數)。(註四)	130	130
56	6E	IC44 IC45	IC5E IC5F	妊娠第二十四至二十八週 妊娠糖尿病篩檢(空腹及口服七十五公克葡萄糖一小時及二小時後血漿葡萄糖測定)。(註五)	194	194
63	6F	IC40 IC53	IC5A IC5N	母親親善醫療機構產前檢查母乳衛教指導，每案每次增加之費用。 限健康署認證之母親親善醫療機構始得申報。	20	20

64	65	IC41 IC47	IC5B IC5H	Rubella IgG實驗室檢驗(於第二次孕產前檢查提供一次檢驗服務,惟因特殊情況無法於本次檢查者,可改於第八次孕產前檢查接受本項檢查。)(註六)	216	216
69	70	IC41 IC47	IC5B IC5H	HBsAg、HBeAg(於第二次孕產前檢查提供一次檢驗服務,惟因特殊情況無法於本次檢查者,可改於第八次孕產前檢查接受本項檢查。)(註七)	450	450
66	67	IC48 IC51	IC5I IC5L	產前乙型肝炎病毒篩檢(孕婦建議於妊娠第三十五至三十七週產前檢查時提供一次。)(註八)	500 (註九)	500 (註九)
68	-	IC40 IC47	-	早產住院安胎者在住院期間執行孕婦乙型肝炎病毒篩檢(註八): 一、懷孕週數未滿三十五週,若因早產而住院之懷孕婦女,得由醫師專業醫藥判定,提供本項篩檢。 二、因早產而住院且已接受乙型肝炎病毒篩檢之孕婦後,若距上次篩檢時間已超過五週以上,且仍未生產者,仍可依醫師判斷再次進行本項篩檢。	500 (註九)	-
98	98	IC40 IC42	IC5A IC5C	經醫師診斷、確認懷孕後至妊娠未滿十七週 產前健康照護衛教指導: 一、針對具有危害健康行為之因子(如吸菸、二手菸、喝酒、嚼檳榔及使用毒品)及孕期重要健康議題(如維持母胎安全、孕期營養、兩性平權),提供衛教評估及個別衛教指導。 二、依孕婦健康需求執行,可搭配第一次至第三次孕產前檢查任一次執行指導。	100	100
99	99	IC46 IC53	IC5G IC5N	妊娠第二十九週以上 產前健康照護衛教指導: 一、針對具有危害健康行為之因子(如吸菸、二手菸、喝酒、嚼檳榔及使用毒品)及孕期重要健康議題(如維持母胎安全、孕期營養、孕期心理適應、生產準備計畫及母乳哺育),提供衛教評估及個別衛教指導。 二、依孕婦健康需求執行,可搭配第七次至第十四次孕產前檢查任一次執行指導。	100	100

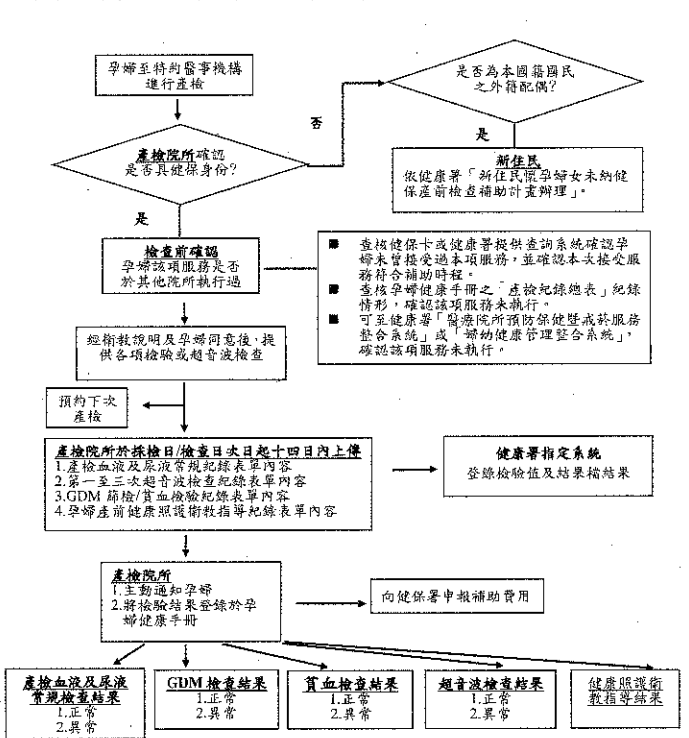
- 備註:
- 產前檢查內容包括:
 - 時時內容:本胎不慮遺傳出血、胎傷、頭傷、頸項或其他症狀。
 - 身體檢查:體重、血壓、胎心音、胎位、胎動、胎盤。
 - 實驗室檢查:尿蛋白、尿糖。
 - 經醫學專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請:醫令代碼54,因妊娠超過四十週仍有產檢需求且不符合健保給付範圍者,由醫事服務機構於事前填具理由向健康署申請,限於妊娠第四十一週或第四十二週中。
 - 超音波檢查:
 - 醫令代碼60、6A,限併同就醫序號IC40~IC42或IC5A~IC5C擇一作申報。
 - 醫令代碼61、6B,限併同就醫序號IC43~IC46或IC5D~5G擇一作申報。
 - 醫令代碼62、6C,限併同就醫序號IC47~IC53或IC5H~IC5N擇一作申報。
 - 貧血檢查:
 - 醫令代碼55、6D,限併同就醫序號IC44~IC45或IC5E~IC5F擇一作申報。
 - 於妊娠第24-28週時接受CBC III-(WBC、RBC、Hb、Hct、MCV)及血小板計數,孕婦貧血診斷標準,第二孕期血色素<10.5g/dL。
 - 妊娠糖尿病篩檢:
 - 醫令代碼56、6E,限併同就醫序號IC44~IC45; IC5E~IC5F擇一作申報。
 - 於妊娠第24-28週時接受空腹及口服七十五公克葡萄糖一小時及二小時後血葡萄糖測定:以空腹血糖 $\geq 92\text{mg/dL}$;口服葡萄糖後一小時血糖 $\geq 180\text{mg/dL}$;第二小時血糖 $\geq 153\text{mg/dL}$ 為標準,符合以上三項當中一項(含)以上,即診斷為妊娠糖尿病。對於檢驗確診GDM者,提供說明、初步衛教及轉介至相關門診治療,持續提供後續照護。
 - 產檢後國際產科檢驗:每一孕婦產檢,若於醫院所產檢,其醫令代碼64須與就醫序號IC41或IC47擇一作申報;若於助產所產檢,其醫令代碼65須與就醫序號IC5B或IC5H擇一作申報;不得重複申報,未依規定申報者,不予核付費用。
 - 產檢B型肝炎病毒篩檢:每一孕婦產檢,若於醫院所產檢,其醫令代碼69須與就醫序號IC41或IC47擇一作申報;若於助產所產檢,其醫令代碼70須與就醫序號IC5B或IC5H擇一作申報;不得重複申報,未依規定申報者,不予核付費用。
 - 產前乙型肝炎病毒篩檢:醫令代碼66、67,限併同就醫序號IC48~IC51或IC5I~IC5L擇一作申報。
 - 早產住院安胎執行者,分開二單申報,孕婦乙型肝炎病毒篩檢費用以68之醫令代碼,就醫序號為IC40~IC47,擇一於門診申報單填寫。
 - 若因早產而住院之懷孕婦女在補的孕婦乙型肝炎病毒篩檢前,其醫事服務已使用過IC47時,於提供檢驗服務後,可依下列方式申報:
 - 若懷孕週數「已滿三十五週未達三十八週」時,擇以66醫令代碼,及擇用IC48~IC51就醫序號,擇一作申報。
 - 若「懷孕週數未滿三十五週」時,可依醫事服務進行孕婦乙型肝炎病毒篩檢,並以68醫令代碼及就醫序號IC47申報單填寫。
 - 低收入戶、中低收入戶、原住民族地區、離島地區之產前乙型肝炎病毒篩檢,不得再收取差額,另實際收費而於健康署補助金額者(每案新產費500元),須對服務對象作合理說明,並獲得服務對象接受,始得收取費用。
 - 有關重複檢驗條件如下:
 - 醫令代碼40(5A)、41(5B)、60(6A)、64(63)、69(70)、98(附院所,同身分證字號,同月或連續二個月皆不得重複申報。
 - 醫令代碼42(5C)四個月內不得重複申報。
 - 醫令代碼43(5D)、44(5E)、45(5F)、46(5G)、47(5H)、48(5I)、49(5J)、50(5K)、51(5L)、52(5M)、53(5N)、66(67)、99(61(6B)、62(6C)、55(6D))、56(6E)、同身分證字號七個月內不得重複申報。
 - 醫令代碼64(65)、69(70)、98,同院所,同身分證字號一年內不得重複申報三次以上。
 - 醫令代碼54,同院所,同身分證字號七個月內不得重複申報三次以上。
 - 醫令代碼68,同院所,同身分證字號五週內不得重複申報。
 - 性別條件為女性。

附表二之三 產前檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存

類別	內容
服務對象資格查核	<ol style="list-style-type: none"> 於確定婦女懷孕後,應給予一本孕婦健康手冊,看診當日即於健保卡登錄及上傳當次產前檢查項目代碼,若民眾持虛假卡接受產前檢查服務,院所提供服務後二十四小時內,將當次執行紀錄上傳至衛生福利部中央健康保險署指定之系統,並於孕婦健康手冊「產前檢查紀錄表」當次產檢欄位核章。 新任民懷孕婦女未納健保前,接受本項產前檢查、產前健康照護衛教指導、產前乙型肝炎病毒篩檢及妊娠糖尿病篩檢及貧血檢驗者,應依健康署「新任民懷孕婦女未納健保產前檢查補助計畫」辦理,由服務對象所在地之鄉鎮市區衛生所或健康服務中心核發之「產前檢查個案紀錄單」,配合產前檢查使用,已領取孕婦健康手冊之新任民懷孕婦女併同孕婦健康手冊使用,至特約醫事服務機構接受服務。
表單填寫與保存	<ol style="list-style-type: none"> 特約醫事服務機構於孕婦健康手冊「產前檢查紀錄表」當次產前檢查欄位核章,且確實登錄當次產前檢查紀錄、檢查結果及實驗室檢驗結果。 特約醫事服務機構執行孕婦各項產前預防保健服務(血液及尿液常規、三次超音波檢查、妊娠糖尿病篩檢、貧血檢驗及產前健康照護衛教指導或其他服務),務必確認孕婦各項服務是否於其他院所執行過(如附表二之四)。 特約醫事服務機構執行產前檢查之血液及尿液常規項目,應將血液及尿液常規項目之檢驗值及結果檔(如附表二之五)於採檢日次日起十四日內登錄上傳至健康署指定之系統(如附表二之六)。 特約醫事服務機構執行三次超音波檢查,應將檢查結果檔(如附表二之七、二之九、二之十一)於孕婦實際檢查日次日起十四日內登錄上傳至健康署指定系統(如附表二之八、二之十、二之十二)。 特約醫事服務機構執行產前健康照護衛教指導時,應由醫事人員採一對一方式,提供懷孕婦女衛教評估及個別指導,針對具有危害健康行為之因子(如:吸菸、二手菸、喝酒、嚼檳榔及使用毒品或其他危害因子),或孕婦自評評估為「不清楚」之結果者,應加強衛教,並詳實記載「孕婦產前健康照護衛教指導檢查紀錄結果表單」(如附表二之十三),且登錄上傳至健康署指定之系統(如附表二之十四)。 特約醫事服務機構執行妊娠糖尿病篩檢及貧血檢驗,應將妊娠糖尿病篩檢及貧血檢驗之檢驗值及結果檔(如附表二之十七)於採檢日次日起十四日內登錄上傳至健康署指定之系統(如附表二之十八)。 特約醫事服務機構辦理產前乙型肝炎病毒篩檢者(如附表二之十九、二之二十),應透過其檢驗部門或委託代檢之檢驗醫事機構,詳實記載「孕婦乙型肝炎病毒篩檢檢查結果」(如附表二之二十一)並於檢驗後十四日內登錄上傳至健康署指定之系統(如附表二之二十二)。 特約醫事服務機構應充分解說,提供有關產前乙型肝炎病毒篩檢之相關重要資訊諮詢,及填寫「孕婦乙型肝炎病毒篩檢紀錄表」之個案基本資料與檢查資料,並提供本項篩檢服務。 孕婦(含早產孕婦)經篩檢檢驗確切為乙型肝炎病毒陽性時: <ol style="list-style-type: none"> 經醫師評估後,所需之處置及待產時的抗生劑醫藥費用申報,依現行全民健康保險支付標準,須備標準及相關申報規定辦理。 特約醫事服務機構應將本項篩檢檢查結果主動告知孕婦,且確實登錄於孕婦健康手冊,以供接生院所於懷孕婦女產前,評估是否當使用預防性抗生劑之重要參考。 經醫學專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請:醫令代碼54,因妊娠超過四十週仍有產檢需求且不符合健保給付範圍者,由醫事服務機構於事前填具理由向健康署申請(如附表二之二十三),限於妊娠第四十一週或第四十二週申報。

附表二之四

孕婦各項產前預防保健服務結果登錄上傳流程图
(血液及尿液常規、三次超音波檢查、妊娠糖尿病篩檢、貧血檢驗及產前健康照護衛教指導)



附表二之五

健康署孕婦產前預防保健服務血液及尿液常規項目紀錄結果表

一、個人基本資料

姓名	身分證字號			
出生日期	年 月 日	聯絡資訊	電話：() 手機：()	
現居住地址	鄉鎮市區代碼：[][]	縣 市 鄉 鎮 區	村 路 段 巷 弄	號 樓

本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

二、產前檢查常規項目檢驗資料(產檢院所填寫)

產檢院所名稱	產檢院所	產醫專機碼	產檢時數	第 週
檢查日期	年 月 日	孕 期	週 數	
身 高	公分	體 重	公斤	
B M I	kg/m ²	本 次 檢 查 使 用 卡 序	<input type="checkbox"/> IC41 或 IC5B <input type="checkbox"/> IC47 或 IC5H	
檢 查 項 目	結 果	檢 查 項 目	結 果	
R H 因 子	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	第一次梅毒血清反應(VDRL 或 RPR)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	
血 型		第二次梅毒血清反應(VDRL 或 RPR)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	
白血球(WBC)	x10 ³ /uL	B 型型肝炎表面抗原	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未檢查	
紅血球(RBC)	x10 ⁶ /uL	B 型型肝炎 e 抗原	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未檢查	
血小板(Plt)	x10 ³ /uL	尿 液 常 規	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(請於下列 <input type="checkbox"/> 進行勾選)	
血球容積比(Hct)	%		<input type="checkbox"/> 1)尿蛋白 <input type="checkbox"/> 2)尿糖 <input type="checkbox"/> 3)顏色 <input type="checkbox"/> 4)比重 <input type="checkbox"/> 5)混濁度 <input type="checkbox"/> 6)酸鹼度 <input type="checkbox"/> 7)白血球 <input type="checkbox"/> 8)尿沉渣 <input type="checkbox"/> 9)尿酸元 <input type="checkbox"/> 10)膽紅素 <input type="checkbox"/> 11)潛血 <input type="checkbox"/> 12)酮體 <input type="checkbox"/> 13)其他	
平均紅血球體積(MCV)	fL			
血色素(Hb)	g/dl			
德國麻疹抗體反應	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性			
抗 體 反 應	<input type="checkbox"/> 弱陽性 <input type="checkbox"/> 未檢查			

【註一】檢查日期如與開單日期不一致，請填寫孕周與接受本項檢查之日期，並於檢查日期次日起十四日內將表單結果上傳至健康署指定系統。
 【註二】此表將於「輔助產前管理整合系統」以單字上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出BMI；若以紙次上傳，則本欄為必填欄位。

表二、檢查結果資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	姓名	文字	30	V	
2	身分證、居留證統一證號或護照號碼	文字	10	V	國民身分證統一證號、居留證統一證號或外籍護照號碼，以大寫半型英文字元輸入。
3	出生日期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
4	聯絡電話1	文字	20	☆	序號4或5擇一必填。分機以#表示。
5	聯絡電話2	文字	20	☆	可接受格式如：02-3456-7890#123；(02)3456-7890#123等。
6	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼4碼，非郵遞區號
7	居住地址	文字	60	V	
8	產檢院所專機碼	文字	10	V	
9	檢查日期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
10	檢查時之孕週週數	文字	2	V	僅取2位整數；如35週又4天:35
11	身高	數字	3	☆	單位：公分 長度3(皆為整數) 如序號14為1，本欄必填
12	體重	數字	3	V	單位：公斤 長度3(皆為整數) 範例格式：長度5(整數3位，小數1位) ※體重(公斤)除以身高(公尺)的平方，請依公式計算填入。 如序號14為1，本欄必填
13	BMI值	數字	5	☆	
14	本次檢查項目使用卡序	文字	1	V	1: IC41 或 IC5B 2: IC47 或 IC5H
15	RH因子	文字	1	☆	0: 陰性 1: 陽性 如序號14為1，本欄必填
16	血型	文字	2	☆	如序號14為1，本欄必填
17	白血球(WBC)	數字	5	☆	單位 10 ³ /uL；如序號14為1，本欄必填 長度5(整數2位，小數2位)
18	紅血球(RBC)	數字	5	☆	單位 10 ⁶ /uL；如序號14為1，本欄必填 長度5(整數2位，小數2位)
19	血小板(Plt)	數字	4	☆	單位 10 ³ /uL；如序號14為1，本欄必填 長度4(皆為整數)
20	血球容積比(Hct)	數字	4	☆	單位%；如序號14為1，本欄必填 長度4(整數2位，小數1位)
21	平均紅血球體積(MCV)	數字	5	☆	單位 fL；如序號14為1，本欄必填 長度3(皆為整數)
22	血色素(Hb)	數字	4	☆	單位 g/dL；如序號14為1，本欄必填 長度4(整數2位，小數1位)
23	德國麻疹抗體反應	文字	1	☆	0: 正常 1: 異常 如序號14為1，本欄必填
24	德國麻疹抗體反應	文字	1	☆	0: 陰性 1: 陽性 2: 弱陽性 3: 未檢查 如序號14為1，本欄必填

附表二之六

健康署孕婦產前預防保健服務血液及尿液常規項目紀錄結果表
資料電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項：

- 首次申報檢查結果資料電子檔時，請先至產前檢查紀錄結果管理系統申請帳號及密碼(欄位如表一)，俾利回覆資料檢核結果。每次結果並應於規定期限內完成上傳(欄位如表二)。
- 格式欄位：V為必填；△為非必填；☆為條件式。
- 英數字請使用英數半型字元輸入，請勿使用全型數字字元(如：1 2 3 4 5 6 7 8 9)。

表一、專機碼欄位資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	機構代碼	文字	10	V	(1) 檢驗醫事機構代碼格式：0123456789.jy12345678.JY12345678 (2) 衛生行政機關代碼格式：012345678i、012345678I
2	聯絡人姓名	文字	30	V	
3	聯絡人電話1	文字	20	V	分機以#表示。可接受格式如：02-3456-7890#123；(02)3456-7890#123等。
4	回覆報告的電子信箱	文字	50	V	必須填寫正確電子信箱格式，如：test@gmail.com.tw
5	聯絡人電話2	文字	20	△	
6	機構地址	文字	60	V	
7	機構名稱	文字	50	V	
8	前機碼代碼	文字	10	☆	若為變更機構代碼申請新機碼者，請填此欄，其餘不需填寫。
第一筆資料總長度			250		

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
25	第1次梅毒血清反應(VDRL 或 RPR)	文字	1	☆	0: 陰性 1: 陽性 如序號14為1，本欄必填
26	第2次梅毒血清反應(VDRL 或 RPR)	文字	1	☆	0: 陰性 1: 陽性 如序號14為2，本欄必填
27	B 型型肝炎表面抗原	文字	1	☆	0: 陰性 1: 陽性 2: 未檢查 如序號14為1，本欄必填
28	B 型型肝炎 e 抗原	文字	1	☆	0: 陰性 1: 陽性 2: 未檢查 如序號14為1，本欄必填
29	尿液常規	文字	1	☆	0: 正常 1: 異常 如序號14為1，本欄必填
30	尿液常規-異常細項	文字	50	☆	1: 勾選，0: 未勾選 各項目以半形通號區隔組成 如序號29為1，本欄必填
31	尿液常規-異常細項其他說明	文字	50	☆	如序號30勾選其他，本欄必填

備註：

- 尿液常規(序號29)若為1-異常，則至少需勾選一項尿液常規-異常項目(序號30)。
- 尿液常規-異常細項(序號30)欄位，需填寫0或1
 - 若尿液常規-異常細項有(7)白血球及(8)尿沉渣，請填寫0,0,0,0,0,0,1,1,0,0,0,0
 - 若尿液常規-異常細項有(13)其他，請填寫0,0,0,0,0,0,0,0,0,1，並於尿液常規-異常細項其他說明(序號31)填入說明文字。

健康署第一次產檢超音波檢查紀錄結果表

【本項服務「由衛生福利部國民健康署選用藥品健康福利補助」】

一、個人基本資料
姓名, 身分證字號, 居留證統一證號/護照號碼(外籍人士), 出生日期, 聯絡資訊, 現居住地址, 產檢院所名稱, 產檢院所醫事機構代碼, 檢查日期, 產檢時之孕週數, 預產期, 身高, 體重, BMI, 胎數, 胎兒心跳, 著床位置, 胎兒頭臀長

備註:
【註一】本表之第一次產檢超音波檢查報告次使用醫令 60 或 6A。
【註二】檢查日期如與報單日期不一致, 請填寫孕婦實際接受本項檢查之日期, 並於檢查日期次日起十四日內將表單結果上傳至產檢管理系統。
【註三】此項若於「協助健康整合系統」以單單上傳, 可於輸入身高及體重後由系統自動代出 BMI; 若以此表上傳, 則本欄為必填欄位。

健康署第一次產檢超音波檢查紀錄結果表

資料電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項:

- 1.首次申報檢查結果資料電子檔時, 請先至產檢超音波檢查紀錄結果管理系統申請帳號及密碼(欄位如表一), 俾利回覆資料檢核結果。每次結果應於規定期限內完成上傳(欄位如表二)。
2.格式欄位: V 為必填; Δ為非必填; ☆為條件式
3.英文數字請使用英數字元輸入, 請勿使用全型數字字元(如: 1 2 3 4 5 6 7 8 9)。

表一、醫事機構聯絡資料

Table with 5 columns: 序號, 欄位名稱, 屬性, 長度, 必填, 備註. Contains 8 rows of contact information for medical institutions.

表二、檢查結果資料

Table with 5 columns: 序號, 欄位名稱, 屬性, 長度, 必填, 備註. Contains 19 rows of ultrasound and clinical data.

健康署第二次產檢超音波檢查紀錄結果表

【本項服務「由衛生福利部國民健康署選用藥品健康福利補助」】

一、個人基本資料
姓名, 身分證字號, 居留證統一證號/護照號碼(外籍人士), 出生日期, 聯絡資訊, 現居住地址, 產檢院所名稱, 產檢院所醫事機構代碼, 檢查日期, 產檢時之孕週數, 預產期, 身高, 體重, BMI, 胎數, 胎兒心跳, 前置胎盤, 胎兒頭雙頂骨徑, 胎兒腹圍, 胎兒股骨長, 羊水量

備註:
【註一】本表之第二次產檢超音波檢查報告次使用醫令 61 或 6B。
【註二】檢查日期如與報單日期不一致, 請填寫孕婦實際接受本項檢查之日期, 並於檢查日期次日起十四日內將表單結果上傳至產檢管理系統。
【註三】此項若於「協助健康整合系統」以單單上傳, 可於輸入身高及體重後由系統自動代出 BMI; 若以此表上傳, 則本欄為必填欄位。

附表二之十

健康署第二次產檢超音波檢查紀錄結果表
資料電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項：

- 首次申報檢查結果資料電子檔時，請先至產檢超音波檢查紀錄結果管理系統申請帳號及密碼(欄位如表一)，俾利回覆資料核檢結果。每次結果並應於規定期限內完成上傳(欄位如表二)。
- 格式欄位：V 為必填；△為非必填；☆為條件式
- 英文數字請使用英數半型字元輸入，請勿使用全型數字字元(如：1 2 3 4 5 6 7 8 9)。

表一、醫事機構聯絡資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	機構代碼	文字	10	V	(5) 檢驗醫事機構代碼格式： 0123456789.jy12345678.JY12345678 (6) 衛生行政機關代碼格式： 012345678i、012345678I
2	聯絡人姓名	文字	30	V	
3	聯絡人電話 1	文字	20	V	分機以#表示。 可接受格式如：02-3456-7890#123； (02) 3456-7890#123 等。
4	回覆報告的電子信箱	文字	50	V	必須填寫正確電子信箱格式， 如：test@email.com.tw
5	聯絡人電話 2	文字	20	△	
6	機構地址	文字	60	V	
7	機構名稱	文字	50	V	
8	前機構代碼	文字	10	☆	若為變更機構代碼申請新帳號者，請填此欄，其餘不需填寫。
第一筆資料總長度			250		

表二、檢查結果資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	姓名	文字	30	V	
2	身分證、居留證統一證號或護照號碼	文字	10	V	國民身分證統一證號、居留證統一證號或外籍護照號碼，以大寫半型英文字元輸入。
3	出生日期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
4	聯絡電話 1	文字	20	☆	序號 4 或 5 擇一必填 分機以#表示。
5	聯絡電話 2	文字	20	☆	可接受格式如：02-3456-7890#123； (02)3456-7890#123 等。
6	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼 4 碼，非郵遞區號
7	現居住地址	文字	60	V	
8	產檢院所醫事機構代碼	文字	10	V	
9	檢查日期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
10	檢查時之孕週數	文字	2	V	僅取 2 位整數；如 35 週又 4 天:35
11	預產期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
12	身高	數字	3	V	單位：公分 長度 3(皆為整數)
13	體重	數字	3	V	單位：公斤 長度 3(皆為整數)
14	BMI 值	數字	5	V	範例格式：長度 5(整數 3 位，小數 1 位) ※體重(公斤)除以身高(公尺)的平方，請依公式計算填入。
15	胎數	文字	1	V	1：單胞胎 2：雙胞胎 3：多胞胎 胎
16	胎數	文字	2	☆	胎 (如序號 15 為 3，本期必填)
17	胎兒心跳	文字	1	V	0=無 1=有
18	前置胎盤	文字	1	V	0=無 1=有
19	胎兒頭雙頂骨徑	數字	5	V	單位：公分
20	胎兒腹圍	數字	5	V	單位：公分
21	胎兒股骨長度	數字	5	V	單位：公分
22	羊水量	文字	1	V	1=正常 2=羊水過多 3=羊水過少

附表二之十一

健康署第三次產檢超音波檢查紀錄結果表

【本項服務「由衛生福利部國民健康署運用藥品健康福利撥補助」】

一、個人基本資料

姓名	身分證字號	居留證統一證號/護照號碼(外籍人士)
出生日期	年 月 日	聯絡資訊 電話：() 手機：
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□	縣 市 鄉 鎮 村 路 段 巷 弄 號

本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

二、第三次超音波檢查資料(產檢院所填寫)【註一】

產檢院所名稱	產檢院所醫事機構代碼	檢查日期【註二】	年 月 日	檢查時之孕週數	第 週
預產期	年 月 日	身高	公分	體重	公斤
BMI【註三】	kg/m ²	胎數	<input type="checkbox"/> 單胞胎 <input type="checkbox"/> 雙胞胎 <input type="checkbox"/> 多胞胎	胎兒心跳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
胎位	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 異常胎位	前置胎盤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	胎兒頭雙頂骨徑	公分
胎兒腹圍	公分	胎兒股骨長度	公分	羊水量	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 羊水過多 <input type="checkbox"/> 羊水過少

【註一】本表之第三次產檢超音波檢查係指首次使用整合 62 或 6C。
【註二】檢查日期如與開單日期不一致，請填寫孕婦實際接受本項檢查之日期，並於檢查日期次日起十四日內將表單結果上傳至健康署指定系統。
【註三】此項資料「歸納健康整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出 BMI；若以紙次上傳，則本欄為必填欄位。

附表二之十二

健康署第三次產檢超音波檢查紀錄結果表
資料電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項：

- 首次申報檢查結果資料電子檔時，請先至產檢超音波檢查紀錄結果管理系統申請帳號及密碼(欄位如表一)，俾利回覆資料核檢結果。每次結果並應於規定期限內完成上傳(欄位如表二)。
- 格式欄位：V 為必填；△為非必填；☆為條件式
- 英文數字請使用英數半型字元輸入，請勿使用全型數字字元(如：1 2 3 4 5 6 7 8 9)。

表一、醫事機構聯絡資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	機構代碼	文字	10	V	(7) 檢驗醫事機構代碼格式： 0123456789.jy12345678.JY12345678 (8) 衛生行政機關代碼格式： 012345678i、012345678I
2	聯絡人姓名	文字	30	V	
3	聯絡人電話 1	文字	20	V	分機以#表示。 可接受格式如：02-3456-7890#123； (02) 3456-7890#123 等。
4	回覆報告的電子信箱	文字	50	V	必須填寫正確電子信箱格式， 如：test@email.com.tw
5	聯絡人電話 2	文字	20	△	
6	機構地址	文字	60	V	
7	機構名稱	文字	50	V	
8	前機構代碼	文字	10	☆	若為變更機構代碼申請新帳號者，請填此欄，其餘不需填寫。
第一筆資料總長度			250		

表二、檢查結果資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	姓名	文字	30	V	
2	身分證、居留證統一證號或護照號碼	文字	10	V	國民身分證統一編號、居留證統一證號或外僑證照號碼，以大寫半型英文字元輸入。
3	出生日期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
4	聯絡電話 1	文字	20	☆	序號 4 或 5 擇一必填
5	聯絡電話 2	文字	20	☆	分機以#表示。可接受格式如：02-3456-7890#123；(02)3456-7890#123 等。
6	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼 4 碼，非郵遞區號
7	現居住地址	文字	60	V	
8	產檢院所醫學機器代碼	文字	10	V	
9	檢查日期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
10	檢查時之孕週數	文字	2	V	僅取 2 位整數；如 35 週又 4 天:35
11	預產期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
12	身高	數字	3	V	單位：公分 長度 3(皆為整數)
13	體重	數字	3	V	單位：公斤 長度 3(皆為整數)
14	BMI 值	數字	5	V	範例格式：長度 5(整數 3 位，小數 1 位) ※體重(公斤)除以身高(公尺)的平方，請依公式計算填入。
15	胎數	文字	1	V	1：單胞胎 2：雙胞胎 3：多胞胎 胎
16	胎位	文字	2	☆	胎 (如序號 15 為 3，本欄必填)
17	胎兒心跳	文字	1	V	0=無 1=有
18	胎位	文字	1	V	1=頭位 2=異常胎位
19	前置胎盤	文字	1	V	0=無 1=有
20	胎兒頭頸項徑	數字	5	V	單位：公分
21	胎兒腹圍	數字	5	V	單位：公分
22	胎兒股骨長度	數字	5	V	單位：公分
23	羊水量	文字	1	V	1=正常 2=羊水過多 3=羊水過少

附表二之十三

健康署第一次產前檢查健康照護衛教指導檢查紀錄結果表
(經醫師診斷、確認懷孕後至妊娠未滿十七週前)

(懷孕週數，第 週) 【本項服務「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

基本資料		姓名		出生日期		年 月 日	
由 聯 絡 地 址	身分證字號 (外籍人士居留證統一證號/護照號碼)						
	聯絡地址						
	聯絡方式	手機:	住家: () -				
身 高	公分	懷孕前體重	公斤	目前體重	公斤		
	1.您目前是否吸菸? <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.偶爾或應酬才吸, <input type="checkbox"/> 2.經常或每天吸菸 2.您是否特別注意遠離二手菸的環境? <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.是, <input type="checkbox"/> 2.週邊環境沒有二手菸 3.您目前是否喝酒? <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.偶爾或應酬才喝, <input type="checkbox"/> 2.經常喝 4.您是否嚼檳榔? <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.偶爾或應酬才嚼, <input type="checkbox"/> 2.經常嚼 5.您是否曾使用毒品或有藥物濫用情形? <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.偶爾, <input type="checkbox"/> 2.經常使用, 甚至每天使用 6.您最近是否咳嗽? <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.偶爾 <input type="checkbox"/> 2.咳嗽超過二週						
心 理 健 康	心情溫度計 <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 1.過去一個月, 是否常被情緒低落、憂鬱或感覺未來沒有希望所困擾? <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 2.過去一個月, 是否常對事物失去興趣或做事沒有愉悅感? ※如果以上二個問題的確發生在您的身上時, 強烈建議您告訴您的家人或請醫師協助。						
	過去是否有相關產醫歷史 <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.是 (請於下列 <input type="checkbox"/> 進行勾選) <input type="checkbox"/> (1) 子宮肌瘤剷除或子宮修補術, <input type="checkbox"/> (2) 心臟病手術, <input type="checkbox"/> (3) 高血壓病, <input type="checkbox"/> (4) 妊娠糖尿病, <input type="checkbox"/> (5) 早產, <input type="checkbox"/> (6) 先天異常兒, <input type="checkbox"/> (7) 死胎死產, <input type="checkbox"/> (8) 新生兒死亡, <input type="checkbox"/> (9) 陰道難產, <input type="checkbox"/> (10) 產後出血, <input type="checkbox"/> (11) 前胎胎兒乙型肝炎病毒感染, <input type="checkbox"/> (12) 流產, <input type="checkbox"/> (13) 心血管病病史, <input type="checkbox"/> (14) 其他						
※ 如有上述產醫歷史情形, 請就診院所提供醫療服務或轉介至中、重度級急救責任醫院。							

衛教主題	重點	準媽媽自我評估		醫事人員指導重點
		清楚	不清楚	
1.維持母胎安全 (參閱手冊-確實安全的成長衛教單張)	產前徵兆及高危險妊娠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道懷孕早期宜多休息與足夠睡眠, 勿提重物。若出現流產之徵兆 (陰道出血、下腹部悶痛、持續子宮收縮) 時, 應立即就醫。 <input type="checkbox"/> 知道本身的健康資料、疾病史及產醫歷史狀況, 未來產檢如有醫師告知: 出現孕醫歷史一至十四項之一者, 請選擇至就近的中、重度級急救責任醫院接受診治或安胎。 <input type="checkbox"/> 知道定期產前檢查的目的、時程及重要性。 <input type="checkbox"/> 知道菸 (含二手菸) 對母嬰健康之危害 (流產、早產、出生低體重)。 <input type="checkbox"/> 知道酒對母嬰健康之危害 (流產、早產、死產、出生低體重、中樞神經異常)。 <input type="checkbox"/> 知道檳榔對母嬰健康之危害 (流產、早產、死產、出生低體重)。 <input type="checkbox"/> 知道毒品對胎兒健康之危害 (癲癇、體重過輕、呼吸問題, 甚至死亡) 及可尋求之治療資源管道。 <input type="checkbox"/> 本次懷孕吸菸者, 協助轉介戒菸門診或戒菸專線。
	危害物質	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道孕婦具有下列情形之一者, 政府於產前有補助費用做羊膜穿刺檢查。三十四歲以上、曾生育過先天異常兒、本人或配偶有遺傳性疾患者、有家族遺傳疾病及本次懷孕經超音波檢查有異常者。
	產前遺傳檢查	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 女孩男孩一樣好, 生來通通都是寶, 孩子未來的成就無關性別, 知道做性別篩檢或因選擇性別而墮胎是違法的。
	2.兩性平權 (參閱手冊-女孩男孩一樣好)	疼惜的寶貝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.孕期間營養 (參閱手冊-吃出健康)	營養素補充	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	均衡飲食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※ 檢閱內之標誌, 請醫護人員協助準媽媽於衛教指導單先行填寫, 以供醫事人員參考。
 ※ 產後, 若有產後諮詢需求, 請多加運用全國免費孕產婦諮詢專線 0800-879870 或孕產婦諮詢網站
<https://maternity.hpa.gov.tw>
 ※ 有戒菸意願者, 可撥打免費戒菸專線 0800-636363
 醫院院所/助產所名稱及代碼: _____ 醫師/助產人員簽章: _____ 孕婦簽名: _____
 指導日期 年 月 日

備註:
 一、本衛教指導內容由健康署、衛生福利部醫事管制署、台灣婦產科醫學會、台灣助產學會、台灣產科醫學會、台灣產科護理學會、台灣護理學會、及中華民國產科醫學會共同研擬。
 二、本衛教指導內容經衛生福利部核實執行, 可視為第一次至第三次產前產前檢查 (懷孕八週至第十七週前) 進行指導, 請參閱孕婦健康手冊內容以衛教。本表內容將作為衛生福利部評估或調整健康衛教管理使用。
 三、孕婦為未成年且未婚者, 應得本人及法定代理人之同意。

健康署第二次產前檢查健康照護衛教指導檢查紀錄結果表
(第二十九週至第四十週)

(懷孕週數, 第 週) 【本項服務「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

基本資料		姓名		出生日期		年 月 日	
由 聯 絡 地 址	身分證字號 (外籍人士居留證統一證號/護照號碼)						
	聯絡地址						
	聯絡方式	手機:	住家: () -				
身 高	公分	懷孕前體重	公斤	目前體重	公斤		
	1.您目前是否吸菸? <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.偶爾或應酬才吸, <input type="checkbox"/> 2.經常或每天吸菸 2.您是否特別注意遠離二手菸的環境? <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.是, <input type="checkbox"/> 2.週邊環境沒有二手菸 3.您目前是否喝酒? <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.偶爾或應酬才喝, <input type="checkbox"/> 2.經常喝 4.您是否嚼檳榔? <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.偶爾或應酬才嚼, <input type="checkbox"/> 2.經常嚼 5.您是否曾使用毒品或有藥物濫用情形? <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.偶爾, <input type="checkbox"/> 2.經常使用, 甚至每天使用 6.您最近是否咳嗽? <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.偶爾 <input type="checkbox"/> 2.咳嗽超過二週						
心 理 健 康	心情溫度計 <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 1.過去一個月, 是否常被情緒低落、憂鬱或感覺未來沒有希望所困擾? <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 2.過去一個月, 是否常對事物失去興趣或做事沒有愉悅感? ※如果以上二個問題的確發生在您的身上時, 強烈建議您告訴您的家人或請醫師協助。						
	過去是否有相關產醫歷史 <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.是 (請於下列 <input type="checkbox"/> 進行勾選) <input type="checkbox"/> (1) 妊娠期高血壓疾病, <input type="checkbox"/> (2) 前置胎盤, <input type="checkbox"/> (3) 羊水過多或過少, <input type="checkbox"/> (4) 胎兒生長限制, <input type="checkbox"/> (5) 胎盤功能異常, <input type="checkbox"/> (6) 胎兒體重過重 (大於 4200gm), <input type="checkbox"/> (7) 孕婦本人及一親屬罹患遺傳性疾, <input type="checkbox"/> (8) 嚴重合併症: (請於下列 <input type="checkbox"/> 進行勾選) <input type="checkbox"/> 8-1 心臟病; <input type="checkbox"/> 8-2 腎臟病; <input type="checkbox"/> 8-3 血液系統疾病; <input type="checkbox"/> 8-4 肝臟疾病; <input type="checkbox"/> 8-5 活動性肺結核; <input type="checkbox"/> 8-6 妊娠糖尿病; <input type="checkbox"/> 8-7 甲狀腺功能亢進症; <input type="checkbox"/> 8-8 精神或神經系統疾病; <input type="checkbox"/> 8-9 妊娠併發免疫系統疾病; <input type="checkbox"/> 8-10 卵巢或子宮腫瘤; <input type="checkbox"/> 8-11 孕期間感染性疾; <input type="checkbox"/> 8-12 性病傳染 (含愛滋病); <input type="checkbox"/> 8-13 其他嚴重內外科疾病 <input type="checkbox"/> (9) 骨盆異常, <input type="checkbox"/> (10) 子宮、產道異常, <input type="checkbox"/> (11) 心血管病病史, <input type="checkbox"/> (12) 其他						
※ 如有上述產醫歷史情形, 請就診院所提供醫療服務或轉介至中、重度級急救責任醫院, 愛滋病篩檢結果為陽性者, 則請轉介至愛滋病指定醫事機構。							

衛教主題	重點	準媽媽自我評估		醫事人員指導重點	
		清楚	不清楚		
1. 維持母胎安全 (參閱手冊-確實安全的成長衛教單張)	早產徵兆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	知道懷孕末期若出現早產之徵兆 (陰道出血、腹部悶痛、持續子宮收縮、破水) 時, 應立即就醫, 選擇設有新生兒加護病房的醫院待產或生產。
	危害物質	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	知道本身的健康資料、疾病史及孕產醫務史狀況, 如有醫師告知: 出現孕產醫務史一至十二項之一者, 請選擇至就近的中、重度級急教責任醫院接受診治或安胎。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	遠離菸 (含二手菸) 對母嬰健康之危害 (流產、早產、出生低體重)。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	知道酒精對母嬰健康之危害 (流產、早產、死產、出生低體重、中樞神經異常)。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	知道酒精對母嬰健康之危害 (流產、早產、死產、出生低體重)。
2. 孕期營養 (參閱手冊-吃出健康)	體重控制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	知道孕中期體重增加要依孕前體重做適度調整, 以增加十至十四公斤為宜, 並注意增加的速度。
	均衡飲食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	優先攝取六大類天然食物, 避免高油、高糖、高鹽含量的精製加工食品及營養價值不高的食物, 如含糖飲料、洋芋片。
3. 生產準備計畫 (參閱手冊-寶貴的誕生)	多元友善生產	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	依準媽媽健康狀況, 評估及規劃合宜的生產方式。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不選擇無醫療適應症之剖腹生產。
4. 母乳哺育 (參閱手冊-最貼心的哺育方式)	母乳哺育指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	知道懷孕生產是自然的生理過程, 經由參加產前教育可以協助助產的準備與因應生產過程的陣痛。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	知道接近生產期之徵兆如: 腰酸感、落紅或現血、陣痛或腰酸、破水 (由陰道流出多量液體)、強烈便意感及陣痛之因應。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	知道母乳提供新生兒和嬰兒最佳的營養。哺餵母乳對母嬰健康有助益 (對母親好處為: 產後出血少、維持身材、減少罹患卵巢癌及乳癌、自然避孕效果好; 對嬰兒好處為: 營養完整, 容易吸收, 增強免疫力, 減少腸胃炎, 寶實不易胖。)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	知道產後即刻與嬰兒皮膚接觸及親子同室, 可促進乳汁分泌及子宮收縮, 減少產後出血及母嬰感染; 增進早期親子關係的建立, 讓寶寶體溫及情緒穩定, 有助於腦部發展。	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	無法哺餵母乳的媽媽, 不要給自己太大的壓力, 所有的媽媽都願意為寶寶付出, 寶寶寶方式有很多種, 哺餵母乳是其中的一種, 只要能給予充分的愛都是好媽媽。	

5. 孕中期心理適應 (參閱手冊-認識產後憂鬱症及防治)	孕中期心理適應指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	新準媽媽照顧新生兒時, 需利用嬰兒睡眠時, 多讓自己的身體獲得適度休息, 不要過度疲憊或睡眠不足。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	可商請其他家人協助分擔家務清潔或其他勞力工作, 及情況許可下每天撥一小段時間外出散步, 給自己喘息休息的機會。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	適度向家人或親朋好友說出感受, 尋求幫忙或與其他產後媽媽分享彼此經驗與心情。

註: 箱內之圖例, 請醫護人員協助準媽媽們於衛教指導前先行填寫, 以便醫護人員參考。
 ※選填後, 若有孕產諮詢需求, 請多加運用全國免付費孕產諮詢專線 0800-870870 或孕產婦關懷網站 <https://mummy.tpa.gov.tw/>
 ※若有感於煩者, 可撥打免費或專線 0800-636363

醫療院所/助產所名稱及代碼: _____ 醫師/助產人員簽章: _____ 孕婦簽名: _____
 指導日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

簡評:
 一、本衛教指導內容由健康署、衛生福利部疾病管制署、台灣婦產科醫學會、台灣助產師學會、台灣產科護理學會、台灣家庭醫學學會、台灣護理學會、台灣助產學會、及中華民國營養師公會全國聯合會共同研擬。
 二、本衛教指導依孕產健康需求執行, 可搭配第七次至第十四次孕產產檢(懷孕週數為二十九週以上)執行指導, 請參閱孕產健康手冊內容以衛教。本表資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管時使用。
 三、孕婦為未成年且未結婚者, 應得本人及法定代理人之同意。

附表二之十四

健康署產前檢查健康照護衛教指導紀錄電子檔申報格式

欄位名稱	長度	允許空值	欄位格式	欄位格式		
				1	2	
報表次數	1	NO	西元 YYYY-MM-DD	1	或 2	
指導日期		NO	西元 YYYY-MM-DD	1	格式: 2014-01-01	
懷孕週數	2	NO	數字	1		
孕次	2	YES	保留欄位 (暫不輸入)	1		
姓名	20	NO	西元 YYYY-MM-DD	1	範例格式: 2014-01-01	
出生日期		NO	西元 YYYY-MM-DD	1	範例格式: 2014-01-01	
身分證字號	20	NO	或居留證統一證號或護照號碼	1		
縣市代碼	4	NO	4碼	1		
聯絡地址	200	NO		1		
聯絡方式 (手機)	10	手機及住家	範例格式: 0910111222	1		
聯絡方式 (住家)	20	電話其中一個必須	含區域碼格式: 02-123-4567	1		
健康行為	1. 是否吸菸	1	NO	0-否 1-偶爾或應酬才吸 2-經常或每天吸菸	1	
	2. 注意遠離二手菸環境	1	NO	0-否 1-是 2-週遭環境沒有二手菸	1	
	3. 是否喝酒	1	NO	0-否 1-偶爾或應酬才喝 2-經常喝	1	
	4. 是否曾吸檫	1	NO	0-否 1-偶爾或應酬才嚼 2-經常嚼	1	
	5. 是否曾使用毒品或有藥物濫用之情形	1	NO	0-否 1-偶爾是 2-經常使用, 甚至每天使用	1	
	6. 您最近是否咳嗽	1	YES	0-否 1-偶爾 2-咳嗽超過 2 週	1	
心理健康	心情溫度計 1. 過去一個月, 是否常被情緒低落、憂鬱、或感覺未來沒有希望所困擾?	1	YES	代碼: 0-否 1-是	1	
	心情溫度計 2. 過去一個月, 是否對事物失去興趣或做事沒有愉悅感?	1	YES	代碼: 0-否 1-是	1	

孕產醫療史 (T)	1	NO	0 否, 1 是 詳細設定請參考備註十七
醫療史細項 (U)	50	YES	1-勾選, 0-未勾選 各項目以半形逗號區隔組成
第二次衛教醫療史 8 細項 (V)	50	YES	1-勾選, 0-未勾選 各項目以半形逗號區隔組成
醫療史細項其他說明 (W)	50	YES	
準媽媽自我評估項	100	NO	Y-清楚, N-不清楚 各項目以半形逗號區隔組成。
指導重點	100	NO	代碼: Y (勾選) 或 N (未勾選) 各項目以半形逗號區隔組成
醫事人員	20	NO	
院所代碼	10	NO	
國籍	1	NO	1-本國 2-外國
身高	3	NO	單位: 公分 長度 3 (皆為整數) 如序號 15 為 1, 本欄必須
目前體重	3	NO	單位: 公斤 長度 3 (皆為整數)
最後一次月經日		YES	西元 YYYY-MM-DD 範例格式: 2014-01-01
懷孕前體重	3	NO	單位: 公斤 長度 3 (皆為整數)位
BMI 值	(3,1)	NO	範例格式: 長度 5 (整數 3 位, 小數 1 位) ※體重(公斤)除以身高(公尺)的平方, 請依公式計算填入。

備註:

- 上修欄位的欄位順序及欄位名稱與欄位類別不可異動。
- 若有任一欄位格式有誤, 則該欄位其餘資料均可匯入。
- 各日期欄位之年數均為西元年; 日期格式為 YYYY-MM-DD。
- 縣市代碼, 請依編碼規則編碼, 如「郵政專用區代碼.xls」。
- 身分證字號或居留證統一證號及護照號碼, 儲存於同一欄位, 「身分證字號」及「居留證統一證號」需依欄位格式。
- 「聯絡方式 (手機)」及「聯絡方式 (住家)」, 其中一項必須。
- 健康行為 1 至 5 均皆為必須。
- 選擇欄位中的「其他」項目, 若有勾選, 則說明欄位為必須。
- 孕產醫療史若為 Y-是, 則至少需勾選一項醫療史加項項目。
- 準媽媽自我評估項, 各項目必須。
- 若準媽媽自我評估項皆為 Y-清楚, 則「醫事人員指導重點」, 至少需勾選一項。
- 若準媽媽自我評估項皆為 N-不清楚, 則該項「醫事人員指導重點」, 必為 Y。
- 指導重點各項目必須。
- 身高、懷孕前體重、目前體重, 三個欄位為必須。

十五、最後一次月經B，表單為此欄位，如請院所儘可能登錄此欄位資料。
 十六、BMI 值公式為：體重（公斤）除以身高（公尺）的平方，請按公式計算填入。

$$\text{BMI} = \frac{\text{體重(公斤)}}{\text{身高}^2(\text{公尺}^2)}$$

十七、Y (醫療史) 欄位，另填寫 0 或 1！

(一) 若 Y 欄位為 0 時，U (醫療史加項)、V (第二次術後醫療史_B 加項)、W (醫療史加項其他說明) 需填入空白，請勿填寫任何資料。

(二) 若 Y 欄位為 1 時，

1、當第一次術後，主要醫療史共 14 項。

(1) 若醫療史有 (1) 子宮肌瘤對分或子宮頸癌及 (8) 新生兒死亡
 請在 U 資料欄位填入 1,0,0,0,0,0,0,1,0,0,0,0,0,0 若醫療史有 (14) 其他
 請在 U 資料欄位填入 0,0,0,0,0,0,0,0,0,0,0,0,0,1

並在 W 資料欄位填入其它醫療史

2、當第二次術後，主要醫療史共 12 項，次要醫療史共 13 項。

若醫療史有 (1) 妊娠期間高血壓疾病及 8-1 心臟病

請在 U 資料欄位填入 1,0,0,0,0,0,0,1,0,0,0,0

並在 V 欄位填入 1,0,0,0,0,0,0,0,0,0,0,0

附表二之十五

健康署「產前健康照護衛教指導」申請書

【本項服務「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利補助款】

本醫事機構自 年 月 日起申請（新增 婦產科醫師 家庭醫學科醫師 助產人員）參加健康署「產前健康照護衛教指導」服務，並同意依本注意事項相關規定，落實執行產前健康照護衛教指導，以維本服務之品質。

此致

健康署

產前健康照護衛教指導服務院所名稱：

院所層級：

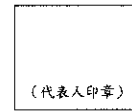
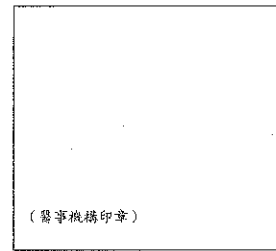
健保特約醫事機構代碼：

地址：

聯絡人：

聯絡電話：()

醫事機構章戳



中華民國 年 月 日

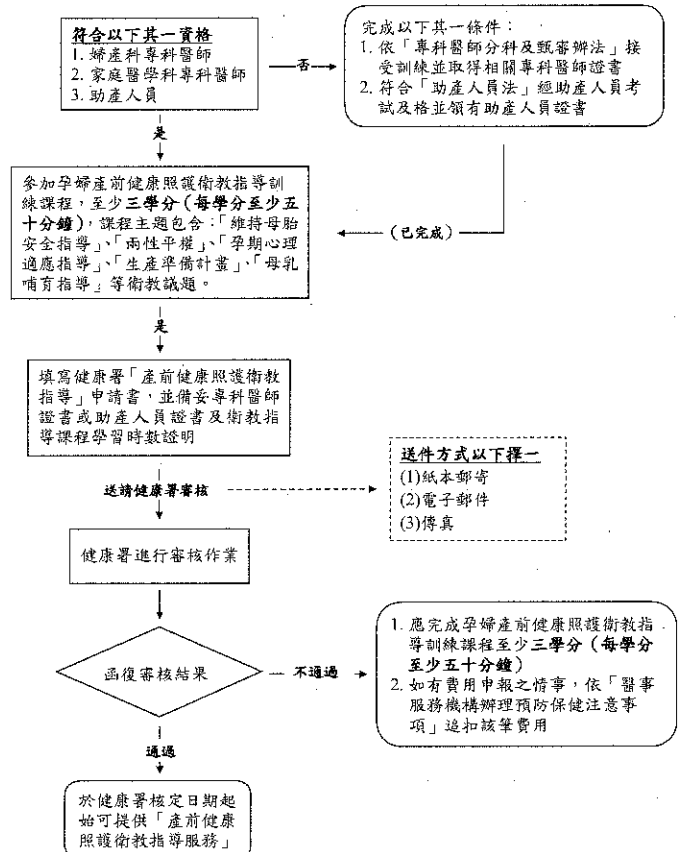
申請書附件 產前健康照護衛教指導人員名單

姓名	專科醫師/ 助產人員	<input type="checkbox"/> 婦產科 <input type="checkbox"/> 家醫科 <input type="checkbox"/> 助產人員 <input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本 (二張一) <input type="checkbox"/> 附上助產人員證書影本
身分證字號	訓練證明	<input type="checkbox"/> 附上學習時數證明
姓名	專科醫師/ 助產人員	<input type="checkbox"/> 婦產科 <input type="checkbox"/> 家醫科 <input type="checkbox"/> 助產人員 <input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本 (二張一) <input type="checkbox"/> 附上助產人員證書影本
身分證字號	訓練證明	<input type="checkbox"/> 附上學習時數證明
姓名	專科醫師/ 助產人員	<input type="checkbox"/> 婦產科 <input type="checkbox"/> 家醫科 <input type="checkbox"/> 助產人員 <input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本 (二張一) <input type="checkbox"/> 附上助產人員證書影本
身分證字號	訓練證明	<input type="checkbox"/> 附上學習時數證明
姓名	專科醫師/ 助產人員	<input type="checkbox"/> 婦產科 <input type="checkbox"/> 家醫科 <input type="checkbox"/> 助產人員 <input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本 (二張一) <input type="checkbox"/> 附上助產人員證書影本
身分證字號	訓練證明	<input type="checkbox"/> 附上學習時數證明
姓名	專科醫師/ 助產人員	<input type="checkbox"/> 婦產科 <input type="checkbox"/> 家醫科 <input type="checkbox"/> 助產人員 <input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本 (二張一) <input type="checkbox"/> 附上助產人員證書影本
身分證字號	訓練證明	<input type="checkbox"/> 附上學習時數證明

※ 表格不敷使用時請自行影印。

附表二之十六

「產前健康照護衛教指導服務」申請作業流程



健康署妊娠糖尿病篩檢/貧血檢驗紀錄結果表

姓名		身分證字號		居留證統一證號/護照號碼(外籍人士)	
出生日期		聯絡資訊		電話: () 手機: ()	
現居住地址		鄉鎮市區代碼: □□□□		縣 市 鄉 鎮 區 街 路 巷 弄 號 樓	
本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管時使用。					
二、妊娠糖尿病篩檢/貧血檢驗資料(產檢院所填寫)					
產檢院所		產檢院所		產檢院所	
採檢日期		採檢時之		第 週	
體重		檢查醫師		簽	
妊娠糖尿病檢驗數值		GLU AC: _____ mg/dL		妊娠糖尿病檢驗結果	
		GLU 1hr: _____ mg/dL		□ 正常	
		GLU 2hr: _____ mg/dL		□ 異常	
第二次貧血檢驗數值		白血球(WBC)		第二次貧血檢驗結果	
		x10 ³ /μL		□ 正常	
		紅血球(RBC)		□ 異常	
		x10 ⁶ /μL			
		血小板(Plt)			
		x10 ³ /μL			
		血球容積比(Hct)			
		%			
		平均紅血球體積(MCV)			
		fl			
		血色素(Hb)			
		g/dL			

備註：
 【註一】採檢日期如與開單日期不一致，請填寫孕婦實際接受本項檢查之日期，並於採檢日期次日起十四日內研表單結果上傳至健康署指定系統。
 【註二】於妊娠第二十四至二十八週時接受空腹及口服七十五公克葡萄糖一小時及二小時後血漿葡萄糖測定；以空腹血糖 ≥ 92 mg/dL；口服葡萄糖後一小時血糖 ≥ 180 mg/dL；第二小時血糖 ≥ 153 mg/dL為標準，符合以上三項者中一項以上，即診斷為妊娠糖尿病(資料來源：WHO, 2016)。若七十五公克口服葡萄糖測定，其效 ≥ 126 mg/dL；二小時 ≥ 200 mg/dL則為妊娠糖尿病，需進一步觀察與處置。
 【註三】於妊娠第二十四至二十八週時接受CBC Hb (WBC、RBC、HB、HCT、MCV)及血小板計數，孕婦貧血診斷標準，第二孕期血色素 < 10.5 g/dL(資料來源：懷孕婦女貧血臨床指引)

表二、檢查結果資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	姓名	文字	30	V	
2	身分證字號或居留證統一證號/護照號碼	文字	10	V	國民身分證統一編號、居留證統一證號或外籍護照號碼，以大寫半型英數字元輸入。
3	出生日期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
4	聯絡電話1	文字	20	☆	序號4或5擇一必填 分機以#表示。
5	聯絡電話2	文字	20	☆	可接受格式如：02-3456-7890#123；(02)3456-7890#123等。
6	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼4碼，非郵遞區號
7	居住地址	文字	60	V	
8	產檢院所醫事機構代碼	文字	10	V	
9	採檢日期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
10	採檢時之孕週數	文字	2	V	僅取2位整數；如35週又4天:35
11	體重	數字	3	V	單位：公斤 長度3(皆為整數)
12	本次篩檢項目	文字	1	V	1：妊娠糖尿病篩檢 2：第二次貧血檢驗 3：妊娠糖尿病+第二次貧血檢驗
13	GLU AC 檢驗數值	數字	3	☆	單位 mg/dL 如序號12為1或3，本欄必填 長度3(皆為整數)
14	GLU 1hr 檢驗數值	數字	3	☆	單位 mg/dL 如序號12為1或3，本欄必填 長度3(皆為整數)
15	GLU 2hr 檢驗數值	數字	3	☆	單位 mg/dL 如序號12為1或3，本欄必填 長度3(皆為整數)
16	檢驗結果	文字	1	☆	0：正常 1：異常 如序號12為1或3，本欄必填
17	白血球(WBC)	數字	5	☆	單位 10 ³ /μL 如序號12為2或3，本欄必填 長度5(整數2位，小數2位)
18	紅血球(RBC)	數字	5	☆	單位 10 ⁶ /μL 如序號12為2或3，本欄必填 長度5(整數2位，小數2位)
19	血小板(Plt)	數字	4	☆	單位 10 ³ /μL 如序號12為2或3，本欄必填 長度4(皆為整數)
20	血球容積比(Hct)	數字	4	☆	單位 % 如序號12為2或3，本欄必填 長度4(整數2位，小數1位)
21	平均紅血球體積(MCV)	數字	3	☆	單位 fl 如序號12為2或3，本欄必填 長度3(皆為整數)
22	血色素(Hb)	數字	4	☆	單位 g/dL 如序號12為2或3，本欄必填 長度4(整數2位，小數1位)

健康署妊娠糖尿病篩檢/貧血檢驗紀錄結果表資料電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項：

- 首次申報檢查結果資料電子檔時，請先至妊娠糖尿病篩檢、貧血檢驗結果管理系統中請帳號及密碼(欄位如表一)，俾利回覆資料檢核結果。每次結果並應於規定期限內完成上傳(欄位如表二)。
- 格式欄位：V為必填；△為非必填；☆為條件式
- 英數字請使用英數半型字元輸入，請勿使用全型數字字元(如：123456789)。

表一、醫事機構聯絡資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	機構代碼	文字	10	V	(9) 檢驗醫事機構代碼格式： 0123456789.jy12345678.fy12345678 (10) 衛生行政機關代碼格式： 012345678i、012345678I
2	聯絡人姓名	文字	30	V	
3	聯絡人電話1	文字	20	V	分機以#表示。 可接受格式如：02-3456-7890#123； (02) 3456-7890#123等。
4	回覆報告的電子信箱	文字	50	V	必須填寫正確電子信箱格式， 如：test@email.com.tw
5	聯絡人電話2	文字	20	△	
6	機構地址	文字	60	V	
7	機構名稱	文字	50	V	
8	前機構代碼	文字	10	☆	若為變更機構代碼申請新帳號者，請填此欄，其餘不需填寫。
第一筆資料總長度			250		

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
23	檢驗結果	文字	1	☆	0：正常 1：異常 如序號12為2或3，本欄必填

產前乙型鏈球菌篩檢補助服務申請書

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利補助」】

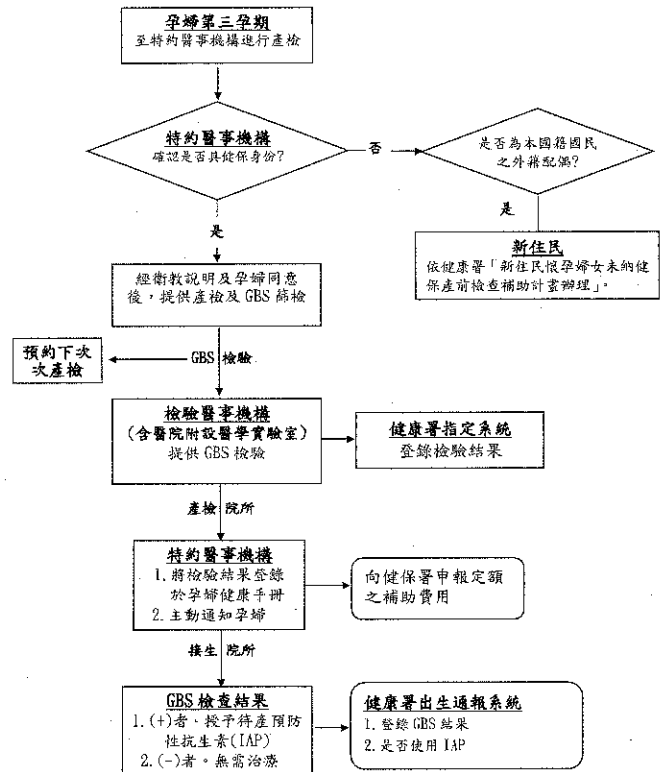
本醫學機構自 年 月 日起申請 () 參加 () 更換代檢機構 () 變更負責人) 健康署產前乙型鏈球菌篩檢補助服務, 並同意依本方案相關規定, 並落實執行乙型鏈球菌篩檢, 以維本計畫服務之品質。此致

健康署
院所名稱:
院所層級: () 醫院 () 診所 () 助產所
健保特約醫事機構代碼:
負責人:
計畫聯絡人: (聯絡電話: ())
聯絡人電子信箱:
「孕婦乙型鏈球菌」檢體送檢單位:
() 本院附設醫學實驗室
() 外送代檢檢驗醫事機構名稱(含全銜、代碼): (若不只一家請列明)
1. 機構代碼:
2. 機構代碼:
3. 機構代碼:
() 有 () 無 收取差額
醫事機構特約章戳

Two empty rectangular boxes for stamps and signatures.

中華民國 年 月 日

健康署產前乙型鏈球菌檢查及費用申報之作業流程



健康署產前乙型鏈球菌檢查紀錄結果表

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利補助」】

Form for recording GBS test results. It includes sections for '一、個人基本資料' (Personal Information) with fields for name, ID, address, and contact info; '二、乙型鏈球菌檢查資料' (GBS Test Information) with fields for institution name, date, and results; and '三、檢驗醫事機構填寫' (Laboratory Information) with fields for institution name, date, and results. A note at the bottom explains the antibiotic codes: 1: penicillin, 2: ampicillin, 3: clindamycin, 4: erythromycin, 5: vancomycin.

健康署產前乙型鏈球菌檢查紀錄結果表單資料電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項:

- 1. 首次申報檢查結果資料電子檔時, 請先至孕婦乙型鏈球菌檢查結果管理系統申請帳號及密碼 (欄位如表一); 俾利回覆資料檢核結果。每次結果並應於規定期限內完成上傳 (欄位如表二)。
2. 格式欄位: V 為必填; Δ 為非必填; ☆ 為條件式
3. 英文文字請使用英數字型字元輸入, 請勿使用全型數字字元 (如: 1 2 3 4 5 6 7 8 9)。
4. [檢驗結果]欄位: 若填為 0 (陰性), 則[檢驗結果-陽性]1-5 不必填; 若填為 1; [檢驗結果-陽性]1-5 必填; 若填為 9 (其他), [檢驗結果-其他]必填。

表一、醫事機構聯絡資料

Table with 5 columns: 序號 (Serial Number), 欄位名稱 (Field Name), 屬性 (Attribute), 長度 (Length), 必填 (Required), 備註 (Remarks). It lists contact information for the medical institution, including name, phone numbers, email, and address.

表二、檢查結果資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	姓名	文字	30	V	
2	身分證、居留證統一證號或護照號碼	文字	10	V	因身分證統一證號、居留證統一證號或外籍護照號碼，以大寫半型英文字元輸入。
3	出生日期	文字	7	V	民國年 (YYMMDD)
4	聯絡電話 1	文字	20	V	分機以#表示。
5	聯絡電話 2	文字	20	△	可接受格式如：02-3456-7890#123；(02) 3456-7890#123 等。
6	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼 4 碼，非郵遞區號
7	居住地址	文字	60	V	
8	檢驗醫事機構代碼	文字	10	V	
9	採檢日期	文字	7	V	民國年 (YYMMDD)
10	採檢時之孕週數	文字	2	V	僅取 2 位整數；如 35 週又 4 天:35
11	檢驗醫事機構代碼	文字	10	V	
12	檢驗日期	文字	7	V	民國年 (YYMMDD)
13	檢驗結果	文字	1	V	0: 陰性 1: 陽性 9: 其他
14	檢驗結果-其他	文字	20	☆	[檢驗結果-其他]之文字說明
15	檢驗結果-陽性-1 (Penicillin)	文字	1	☆	1: 具敏感性 2: 具抗藥性
16	檢驗結果-陽性-2 (Ampicillin)	文字	1	☆	1: 具敏感性 2: 具抗藥性 0: 不做測試
17	檢驗結果-陽性-3 (Clindamycin)	文字	1	☆	1: 具敏感性 2: 具抗藥性 3: 中間值
18	檢驗結果-陽性-4 (Erythromycin)	文字	1	☆	1: 具敏感性 2: 具抗藥性 3: 中間值 0: 不發報告
19	檢驗結果-陽性-5 (Vancomycin)	文字	1	☆	1: 具敏感性 2: 具抗藥性

附表二之二十三

健康署經醫療專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請表

姓名	身分證字號	產檢院所	產檢院所醫事機構代碼
產檢院所名稱	產檢院所	產檢院所醫事機構代碼	
專案申請日期	年 月 日	預定產期	年 月 日
預定產檢日	年 月 日	預定產檢日之懷孕週數	<input type="checkbox"/> 四十一週 <input type="checkbox"/> 四十二週

經本院(所)確認此個案因妊娠超過四十週仍有產檢需求者且不符合健保給付範圍者。

備註:

- 一、本專案申請係接受事前申請，申請院所請至健康署幼健康管理整合系統。(https://mbh.hpa.gov.tw/Web/Notice.aspx)進行線上申請，並於健康署核定後方可提供服務。
- 二、每人每胎專案申請二次(第四十一週及第四十二週)為限。
- 三、預定產檢日之懷孕週數為第四十一週；專案申請日期開放於預產期(含)前七日內申請，且預定產檢日須於預產期後七日內。
- 四、預定產檢日之懷孕週數為第四十二週；專案申請日期開放於預產期後七日內申請，且預定產檢日須於預產期(含)後八至十四日內。

附表三之一 執行婦女子宮頸抹片檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
子宮頸抹片採樣	<ol style="list-style-type: none"> 一、特約醫事服務機構如為醫療院所(含衛生所)，應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師。 二、若衛生所執業登記醫師非屬婦產科或家庭醫學科專科醫師，須為一百零八年前完成健康署核可之子宮頸抹片採樣訓練者，或一百一十一年後經相關專業醫學會(例台灣婦產科醫學會、台灣婦癌醫學會及相關學會)完成子宮頸抹片採樣訓練者，方得申請辦理。 三、如為助產所，應有登記執業之專任助產人員。 四、如為執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所公衛護士，得於設站時執行子宮頸抹片採樣。 	<ol style="list-style-type: none"> 一、特約醫事服務機構應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師，並由前述人員執行採檢。 二、在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科或家庭醫學科專科之醫師，須為一百零八年前完成健康署核可之子宮頸抹片採樣訓練者，或一百一十一年後經相關專業醫學會(例如台灣婦產科醫學會、台灣婦癌醫學會及相關學會)完成子宮頸抹片採樣訓練者，並由前述人員執行採檢。 三、如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員，並由前述人員執行採檢。 四、設站時，執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所公衛護士，得執行子宮頸抹片採檢。
子宮頸細胞病理檢驗	申請辦理子宮頸細胞病理檢驗者，應通過健康署子宮頸細胞病理診斷單位資格審查。	執行人員資格詳見「預防保健服務之子宮頸細胞病理診斷單位資格審查原則」附件一、資格審查作業規定之資格審查表「人員資格」規定。

附表三之二 婦女子宮頸抹片檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位: 新臺幣元)

醫令代碼	就醫院所	服務對象及時程	服務內容	補助金額
31	IC31	三十歲以上婦女每年一次(醫療院所)	1.子宮頸抹片採樣 2.骨盆腔檢查	230
35	IC35	三十歲以上婦女每年一次(助產所)	子宮頸抹片採樣	120
38	IC38	三十歲以上婦女每年一次(設站篩檢、執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所公衛護士)	子宮頸抹片採樣	120
37	IC37	三十歲以上婦女每年一次(衛生所執業、執業登記非屬婦產科或家庭醫學科專科之醫師)	子宮頸抹片採樣(未合骨盆腔檢查)	175
33	IC31	三十歲以上婦女每年一次	子宮頸細胞病理檢驗	200

備註:
 一、有關性別、年齡條件及篩檢間隔條件之檢核條件如下:
 (一) 性別為「女性」;
 (二) 年齡與間隔時間皆以「年份」做檢核條件:
 1. 年齡條件定義為「就醫年-出生年≥30」。
 2. 篩檢間隔條件為「當次就醫年-前次就醫年≥1」。
 二、衛生所中振子宮頸抹片採樣費用(代碼 37)之條件如下: 在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科或家庭醫學科專科之醫師，須為一百零八年前完成健康署核可之子宮頸抹片採樣訓練者或一百一十一年後經相關專業醫學會(例如台灣婦產科醫學會、台灣婦癌醫學會及相關學會)完成子宮頸抹片採樣訓練者。
 三、中級子宮頸細胞病理檢驗費用之條件如下:
 (一) 子宮頸抹片細胞病理診斷單位及檢驗人員每人每年工作量應符合健康署「預防保健服務之子宮頸細胞病理診斷單位資格審查原則」之規定。其年產量應超過年規定合理量十分之一以上部分，本報不予核付費用。
 (二) 子宮頸細胞病理檢驗費用由通過健康署資格審查之子宮頸細胞病理診斷單位申報。
 四、設站時檢申報子宮頸抹片採樣費用(代碼 38)之條件如下: 設站執行子宮頸抹片採檢，應由執業登記於醫事服務機構之專任助產人員或衛生所公衛護士執行採檢。

其他應配合事項:

- 一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源為「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利經費補助」。
- 二、特約醫事服務機構申請子宮頸抹片檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意。
- 三、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理。
- 四、經全民健康保險停處分之醫事人員，於停處期間對補助對象提供之預防保健服務費用，準用全民健康保險法令規定，不予支付。
- 五、設站時檢應先報經當地衛生局同意，衛生局應每月將申報 IC38 的助產人員或衛生所公衛護士之名單給健康署。
- 六、申請醫令代碼 33 費用者，應通過健康署子宮頸細胞病理診斷單位資格審查之醫事機構。

附表三之四 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

Form for cervical smear test results. Includes sections for patient information, clinical history, and cytology results. Contains checkboxes for various conditions like ASC-US, LSIL, and HSIL.

第一聯：病理醫... 第二聯：...

附表三之三 婦女子宮頸抹片檢查服務對象資格查核表單填寫與保存

Table with 2 columns: 類別 (Category) and 內容 (Content). Lists service targets, qualification checks, and record keeping procedures.

附表三之四 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

Form for cervical smear test results. Includes sections for patient information, clinical history, and cytology results. Contains checkboxes for various conditions like ASC-US, LSIL, and HSIL.

第二聯：病理醫... 第三聯：...

附表三之三 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

Form for cervical smear test results. Includes sections for patient information, clinical history, and cytology results. Contains checkboxes for various conditions like ASC-US, LSIL, and HSIL.

第二聯：病理醫... 第三聯：...

健康婦女乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單

Form for breast X-ray screening results, including sections for patient information, medical history, and imaging details.

健康婦女四十歲以上至未滿四十五歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女乳房 X 光攝影檢查服務聲明書

Text for the declaration form, stating the purpose and requirements of the breast X-ray screening service for high-risk women.

立聲明書人

姓名： (簽章)

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

備註：本資料請醫療院所留存於病歷中。

健康婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表

Form for reporting suspected abnormal cases in breast X-ray screening, including detailed imaging findings and clinical information.

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

Form for tracking breast X-ray screening results, including personal information, screening details, and follow-up actions.

Form for tracking breast X-ray screening results, including personal information, screening details, and follow-up actions.

第一聯：存乳房 X 光攝影醫院機構

(112 年 0 月修訂)

第二聯：存複 (確) 診與治療醫院機構

(112 年 0 月修訂)

婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢評估表

(請同時將婦女乳房 X 光攝影檢查相關表單保存)

Form for evaluating mobile breast X-ray screening, including screening criteria and assessment results.

附表五之一 執行定量免疫法異便潛血檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格

Table with 3 columns: Service Item, Specialized Medical Service Institution Qualification, and Personnel Qualification.

其他應配合事項：

- List of additional requirements for the service, including accreditation and reporting procedures.

附表五之二 定量免疫法糞便潛血檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
85	IC85	五十歲以上至未滿七十五歲者，每二年一次（備註一）	1. 提供民眾保存液之採檢管、衛教單張、衛教諮詢、洽催採檢管繳送、改置回收點、運送或其他所需人力與行政業務。 2. 於提供採檢管時須完成衛教檢核表並將檢核表書面留存備查（備註二）。 3. 健保特約醫事服務機構經由通過健康署認可的醫事檢驗機構辦理本項檢驗與資料上傳至健康署指定之系統。（備註三）	200

備註：
一、有嬰孩時與同時皆以「年齡」為檢核條件：
(一) 年齡條件定義為「50至滿64年一出生至75」。
(二) 滿檢年齡條件為「首次就醫年一前次就醫年+2」。
二、衛教檢核表刊登於健康署網站。
三、定量免疫法糞便潛血檢查服務：代碼 85 之補助金額由健保特約醫事服務機構向健保署申請費用。

附表五之三 定量免疫法糞便潛血檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存

類別	內容
服務對象資格查核	健保特約醫事服務機構執行定量免疫法糞便潛血檢查服務前，應與服務對象充分溝通並善盡查核之責，提供服務前應查核健保卡註記或健康署「醫療院所預防保健暨成菸服務整合系統」(https://portal.hpa.gov.tw)或「癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統」，確認符合補助資格，始得提供服務。
表單填寫與保存	一、辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務者，應將「定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單」(如附表五之四)詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統。 二、辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務者，應透過其檢驗部門或委託代檢之醫事檢驗機構，將「定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單」(如附表五之四)及確診結果詳實記載，並登錄上傳至健康署指定之系統。 三、健保特約醫事服務機構應將檢查結果通知服務對象；如檢查之結果無法判斷，應通知其複檢；如發現需追蹤確診之疑似個案或治療之病症時，應通知其進行確診或治療或將其轉介至適當醫療機構進行確診或治療。

注意事項：本檢查經費「由衛生福利部國民健康署運用藥品健康福利捐經費補助」

健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單

支付方式：預防保健；健保醫療給付；其他公務預算補助；自費健康檢查；其他。

基本資料

姓名：_____ 性別：男 女 出生日期：____年____月____日
身分證統一編號：_____ 聯絡電話：() _____
統一證號(外籍)：_____ 手機：_____
現居住地址：(鄉鎮市區代碼：____) _____
縣 市 鄉 鎮 村 路 段 巷 弄 號
市 區 鎮 里 街 弄 樓

家族病史

1. 請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過大腸直腸癌？無；有；不知道。
2. 請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過其他癌症？無；有；不知道。
有無症狀
請問您有無腸道不適症狀(如腹瀉、便秘、糞便變細、排便黏液、便血、貧血等)或其他症狀？無；有。
本人同意接受糞便潛血檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用，並確認以上資料正確無誤：_____ (簽名)

個案檢查情形

(檢查醫療院所)
檢查醫療院所名稱及代碼：_____，門診日期：____年____月____日。
糞便潛血檢查結果 (糞便潛血檢驗機構填寫)
1. 醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼：_____
2. 檢驗日期：____年____月____日。
3. 檢驗結果：陰性 陽性，數值：_____
4. 定量試劑商品名稱：Eiken Kyowa (HM-JACK) 其他 _____ Kyowa (HM-JACK)。

個案確診結果

(由檢查醫療院所詢問個案後填寫)
1. 前項檢查陽性個案於檢查後三個月內有無接受後續確診？沒有；有。
2. 沒有接受確診理由為：無法聯繫，出國，搬家，死亡，拒做，其他 _____。
3. 確診醫療院所名稱及代碼：_____，確診日期：____年____月____日。
4. 檢查方法：大腸鏡，乙狀結腸鏡加火鋸顯攝影，乙狀結腸鏡，大腸顯攝影，其他 _____。
5. 診斷：正常，痔瘡，潰瘍性大腸炎，癌肉，大腸癌，其他 _____。
*如有癌肉，癌肉有無切除：未切除 已完全切除 未完全切除。
6. 癌症治療：無，原因：_____
有(做手術、放療或化療，治療醫院名稱及代碼：_____。
備註：前項檢查陽性個案之轉診科別建議為「大腸直腸外科」、「腸胃肝膽科」、「消化器胃腸內科」、「內視鏡科(中心)」或「一般外科」；建議確診檢查項目為「大腸鏡」。

(111年3月修訂)

附表五之四 注意事項：本檢查經費「由衛生福利部國民健康署運用藥品健康福利捐經費補助」

健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單

支付方式：預防保健；健保醫療給付；其他公務預算補助；自費健康檢查；其他。

基本資料

姓名：_____ 性別：男 女 出生日期：____年____月____日
身分證統一編號：_____ 聯絡電話：() _____
統一證號(外籍)：_____ 手機：_____
現居住地址：(鄉鎮市區代碼：____) _____
縣 市 鄉 鎮 村 路 段 巷 弄 號
市 區 鎮 里 街 弄 樓

家族病史

1. 請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過大腸直腸癌？無；有；不知道。
2. 請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過其他癌症？無；有；不知道。
有無症狀
請問您有無腸道不適症狀(如腹瀉、便秘、糞便變細、排便黏液、便血、貧血等)或其他症狀？無；有。
本人同意接受糞便潛血檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用，並確認以上資料正確無誤：_____ (簽名)

個案檢查情形

(檢查醫療院所)
檢查醫療院所名稱及代碼：_____，門診日期：____年____月____日。
糞便潛血檢查結果 (糞便潛血檢驗機構填寫)
1. 醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼：_____
2. 檢驗日期：____年____月____日。
3. 檢驗結果：陰性 陽性，數值：_____
4. 定量試劑商品名稱：Eiken Kyowa (HM-JACK) 其他 _____ Kyowa (HM-JACK)。

個案確診結果

(由檢查醫療院所詢問個案後填寫)
1. 前項檢查陽性個案於檢查後三個月內有無接受後續確診？沒有；有。
2. 沒有接受確診理由為：無法聯繫，出國，搬家，死亡，拒做，其他 _____。
3. 確診醫療院所名稱及代碼：_____，確診日期：____年____月____日。
4. 檢查方法：大腸鏡，乙狀結腸鏡加火鋸顯攝影，乙狀結腸鏡，大腸顯攝影，其他 _____。
5. 診斷：正常，痔瘡，潰瘍性大腸炎，癌肉，大腸癌，其他 _____。
*如有癌肉，癌肉有無切除：未切除 已完全切除 未完全切除。
6. 癌症治療：無，原因：_____
有(做手術、放療或化療，治療醫院名稱及代碼：_____。
備註：前項檢查陽性個案之轉診科別建議為「大腸直腸外科」、「腸胃肝膽科」、「消化器胃腸內科」、「內視鏡科(中心)」或「一般外科」；建議確診檢查項目為「大腸鏡」。

(111年3月修訂)

附表五之五

健康署定量免疫法糞便潛血檢查資料電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項：

- 申報檢查結果資料或確診追蹤資料電子檔，其檔案第一筆必須按【表一】格式輸入醫事機構聯絡資料，俾利回覆資料核檢結果，第二筆以後資料則按【表二】或【表三】格式輸入個案之檢查結果資料或確診結果。
- 格式欄位 V 為必填、△為非必填或條件限制下必填；
- 英文數字請使用英文半型字元輸入，請勿使用全型數字字元(如：] 2 3 4 5 6 7 8 9 0)。
- 一個中文字算一個 byte。文件請用 ANSI 格式匯出。

表一、醫事機構聯絡資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	醫事機構代碼	文字	10	V	健保特約醫事機構代碼
2	聯絡人姓名	文字	10	V	
3	聯絡人電話	文字	20	V	電話區號以括號表示；分機以#表示，如：(02)34567890#123
4	回覆報告的電子信箱	文字	50	△	必須填寫正確電子信箱格式，如：test@email.com.tw
第一筆資料總長度			90		

表二、檢查結果資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	支付方式	文字	1	V	1: 預防保健; 3: 健保醫療給付; 4: 其他公務預算補助; 5: 自費健康檢查; 9: 其他
2	篩檢地點	文字	1	V	1: 社區或職場設站篩檢; 2: 門診; 3: 住隨; 4: 郵寄; 5: 其他。
3	醫令代碼	文字	2	V	代碼為 85
4	姓名	文字	10	V	以 10 個字元為上限，外國名亦同
5	性別	文字	1	V	1: 男; 2: 女。
6	出生日期	文字	7	V	YYYYMMDD 例如 38年2月2日請輸入 0380202
7	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受 5-10 碼，大寫半型英文字元。如: A123456789

(111年3月修訂)

8	聯絡電話	文字	20	△	電話區號以括號表示;分機以#表示,如: (02)34567890#123
9	手機	文字	10	△	聯絡電話與手機擇一必填。
10	郵政市區代碼	文字	4	V	郵政市區代碼4碼,非郵遞區號 (請參考最新版郵政市區代碼對照表)。
11	地址	文字	60	V	
12	教育	文字	1	V	1:無; 2:小學; 3:國(初中); 4:高中(職); 5:專科、大學; 6:研究所以上; 7:拒答。
13	父母、兄弟姊妹、子女有無大腸癌	文字	1	V	0:無; 1:有; 2:不知道
14	父母、兄弟姊妹、子女有無其他癌症	文字	1	V	0:無; 1:有; 2:不知道
15	有無症狀	文字	1	V	0:無; 1:有。
16	檢查醫院所代碼	文字	10	V	健保署特約醫事機構代碼(一律為10碼)
17	門診日期	文字	7	V	YYMMDD,例如99年2月1日鍵入0990201
18	具便潛血檢驗機構代碼	文字	10	V	必須和表一醫事機構代碼相同
19	檢驗日期	文字	7	V	YYMMDD,例如99年2月1日鍵入0990201 檢驗室檢驗日期
20	檢驗結果	文字	1	V	0:陰性; 1:陽性。
21	檢驗結果數值	文字	4	V	若值為純數字時請勿使用小數點及負數,數值範圍限0-9999。 若值有大於>或小於<,請將><符號置於第一位,如>800
22	定量試劑商品名稱	文字	1	V	0:Elken; 1:Kyowa (HM-JACK); 2:其他。 3:Kyowa (HM-JACKarc)。
23	其他定量試劑商品名稱	文字	20	△	定量試劑為「2其他」時必填。
每筆資料總長度			190		

表三、確診追蹤資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	確診個案姓名	文字	10	V	以10個字元為上限,外國名亦同(與表二之序號4相同)
2	確診個案出生日期	文字	7	V	YYMMDD,例如98年2月2日請鍵入0380202 (與表二之序號6相同)
3	確診個案身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號,只接受5-10碼字元,大寫半型英數字元,如:A123456789
4	檢查醫院所代碼	文字	10	V	健保署特約醫事機構代碼(一律為10碼) (與表二之序號16相同)
5	門診日期	文字	7	V	YYMMDD,例如99年2月1日請鍵入0990201 (與表二之序號17相同)
6	保留欄位	文字	2	△	本保留欄位原為醫令代碼,請以2個字元的空白代替。
7	陽性個案三個月內後續確診否	文字	1	V	0:沒有;1:有。
8	沒有接受確診理由	文字	1	△	1:無法聯繫; 2:出國; 3:搬家; 4:死亡; 5:拒答; 6:其他。 (三個月內後續確診選「0沒有」時,此欄為必填)
9	沒有接受確診理由-其他敘述	文字	50	△	(沒有接受確診理由選「6其他」時,此欄為必填)
10	確診醫院代碼	文字	10	△	(若表三之序號7:陽性個案三個月內後續確診為「1:有」時,此欄為必填)
11	確診日期	文字	7	△	YYMMDD,例如96年6月8日請鍵入9990608 (若表三之序號7:陽性個案三個月內後續確診為「1:有」時,此欄為必填) 此為陽性個案至醫院院所接受後續確診的檢查日期
12	檢查方法	文字	1	△	1:大腸鏡; 2:大腸顯劑攝影加乙狀結腸鏡; 3:乙狀結腸鏡; 4:大腸顯劑攝影; 9:其他。 若表三之序號7:陽性個案三個月內後續確診為「1:有」時,此欄為必填
13	檢查方法-其他敘述	文字	40	△	(檢查方法選「9:其他」時,此欄為必填)

14	診斷結果	文字	1	△	0:正常; 1:痔瘡; 2:潰瘍性大腸炎; 3:癌內; 4:大腸癌; 9:其他。 若表三之序號7:陽性個案三個月內後續確診為「1:有」時,此欄為必填 診斷結果若有2個以上之時,填寫順序依序為4大腸癌>3癌內>2潰瘍性大腸炎>1痔瘡>其他
15	診斷結果-其他敘述	文字	40	△	(診斷結果選「9:其他」時,此欄為必填)
16	如有癌內,有無切除	文字	1	△	1:未切除; 2:已完全切除; 3:未完全切除。 (若13.診斷結果選「3:癌內」時,此欄為必填)
17	癌症治療	文字	1	△	0:無; 1:有。 若13.診斷結果為「4:大腸癌」時,此欄為必填
18	未做癌症治療的原因	文字	50	△	(癌症治療為「0:無」時,此欄為必填)
19	癌症治療醫院代碼	文字	10	△	(癌症治療為「1:有」時,此欄為必填)
每筆資料總長度			259		

表四、大腸檢查或確診追蹤刪除資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	
2	檢查醫院所代碼	文字	10	V	
3	門診日期	文字	7	V	YYMMDD,例如99年2月1日請鍵入0990201 (與表二之序號17相同)
每筆資料總長度			27		

Txt 檔案出現規則

- 檢查結果資料:每筆資料均為固定長度,共23個欄位/190 byte,均採向左靠齊,不足以空白填補。
- 確診追蹤資料:每筆資料均為固定長度,共19個欄位/259 byte,均採向左靠齊,不足以空白填補。
- 產生 txt 的命名規則為:ColonA 檢驗單位健康代碼_5 碼.txt
如:ColonA3831040864_10101.txt
上傳檔案名稱命名範例—
大腸 FOBT 匯入檔名稱:ColonA3831040864_10101.txt
大腸 FOBT 匯入檔名稱(刪除用):ColonA3831040864_10101_Del.txt
大腸確診匯入檔名稱:ColonB3831040864_10101.txt
大腸確診匯入檔名稱(刪除用):ColonB3831040864_10101_Del.txt

檔名亦可如下方式命名為:

- 例如,大腸 FOBT 匯入檔名稱:ColonA3831040864_101A1.txt
上述檔案的「_」後面只要5碼即可,文字數字皆可接受。

附表六之一 執行口腔黏膜檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
口腔黏膜檢查服務	一、辦理口腔癌臨牀診斷之醫事機構，須符合「醫療機構設置標準」所定之醫院類別。 二、經健康署核可之醫師辦理口腔黏膜檢查服務，至少須具下列檢查設備，始得辦理： (一) 應讓服務對象平躺或提供支撐讓其頭部可維持向後仰姿勢之設備 (二) 口鏡 (三) 充足的光源 (LED 環燈或站立式光源) 三、特約醫事服務機構辦理口腔黏膜檢查服務，其口腔癌及癌前病變偵測率若連續二年未達健康署所訂之標準，本部得暫停其辦理口腔黏膜檢查資格，視其後續接受訓練及實際審查結果，再辦理資格恢復之申請。	申請辦理口腔黏膜檢查服務者，應有登記執業之牙科、耳鼻喉科專科醫師；除牙科、耳鼻喉科專科醫師外，其他科別專科醫師以內醫專科、中醫師當同時具有西醫專科或中西醫整合專科為限，應接受並通過相關訓練後，始能取得辦理本服務之資格。口腔黏膜檢查服務應由前述人員執行之。

其他應配合事項：

- 特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源為「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐經費補助」。
- 特約醫事服務機構申請口腔黏膜檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意。
- 醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定及預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則辦理。
- 特約醫事服務機構辦理口腔黏膜檢查服務，其口腔癌及癌前病變偵測率若連續二年未達健康署所訂之標準，本部得暫停其辦理口腔黏膜檢查服務資格，視其後續接受訓練及實際審查結果，再辦理資格恢復之申請。

附表六之二 口腔黏膜檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
95	IC95	三十歲以上有嚼檳榔(含已戒)或吸菸習慣者，每二年一次	口腔黏膜檢查	130
97	IC97	十八歲以上至未滿三十歲有嚼檳榔(含已戒)習慣之原住民，每二年一次	口腔黏膜檢查	130
口腔黏膜檢查服務品質(備註二)				20

(單位：新臺幣元)

備註：
 一、有關身分、年齡條件及篩檢間隔條件之檢核條件如下：
 (一) 三十歲以上服務對象身分為嚼檳榔(含已戒)或吸菸者，十八歲以上至未滿三十歲服務對象身分為嚼檳榔(含已戒)原住民。
 (二) 篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「首次就醫前一年次就醫年±2」。
 (三) 篩檢年齡以「年份」檢核，其資格條件為：
 1. 代碼95之年齡條件定為「就醫前一年出生年±30」。
 2. 代碼97之年齡條件定為「18歲起至出生年±29」，受檢原住民須出示戶口名簿(如服務對象無法提出證明，應請其親具證明書)，提供特約醫事服務機構檢核；特約醫事服務機構檢核後於高屏上登錄「原住民」身分別備查。
 二、口腔黏膜檢查醫療機構須符合下列三項指標(資料來源為健康署審查系統)者，每票口腔黏膜檢查增加20元(醫療機構名單請參閱健康署網站，名單內之醫療機構方能獲得補助)：
 (一) 完整中區篩檢個案「篩檢行為」達95%。
 (二) 篩檢後異常個案追蹤及申報至少達95%，且二個月內接受後續追蹤至少達60%；口腔癌及癌前病變偵測率不得為0。
 (三) 篩檢後異常個案追蹤結果為「無法聯繫」、「出國」及「搬家」者，若小於10%。
 三、口腔黏膜檢查服務費用，不得對本部撥款之其他相關計畫之費用重複支領。

附表六之三 口腔黏膜檢查服務對象資格檢核表填寫與保存

類別	內容
服務對象資格檢核	一、特約醫事服務機構執行口腔黏膜檢查服務前，應與服務對象充分溝通並善盡查核之責，提供服務前應查核健保卡註記或健康署「醫務院所預防保健暨戒菸服務整合系統」(https://pportal.hpa.gov.tw)，或「癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統」確認符合補助資格，始得提供服務。 二、特約醫事服務機構須要求十八歲以上至未滿三十歲接受口腔黏膜檢查服務之原住民檢核戶口名簿(如服務對象無法提出證明，應請其親具證明書，如附表六之五)，並於篩檢上登錄「原住民」身分別備查。
表單填寫與保存	辦理口腔黏膜檢查服務者，應將「口腔黏膜檢查服務檢查紀錄服務結果表單」(如附表六之四)詳實記載，並登錄上傳至健康署指定之系統。

附表六之四 健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單 (112年0月修訂)

【本檢查由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助】
 篩檢對象：30歲以上有嚼檳榔(含已戒)或吸菸習慣之民眾，18歲以上未滿30歲有嚼檳榔(含已戒)習慣之原住民，每2年1次。
 支付方式：預防保健；健保醫療給付；其他公費預算補助；自費健康檢查；其他。
 篩檢地點：社區或職場站點篩檢；醫療院所。
 檢查醫師科別：牙科；耳鼻喉科；經健康署核可之其他科別專科醫師。

A.基本資料(受檢者自填) 原住民族別：是 否
 姓名：_____ 性別：男 女
 出生日期：民國____年____月____日
 身分證統一編號：_____
 統一證號(外籍)：_____
 聯絡電話：(____)_____
 手機：_____
 現居住地址：(鄉鎮市區代碼：____)____路____號
 縣 鄉鎮 村 路
 市 區 里 (街)
 政 市 區 弄 號 樓
 教育：無；小學；國(初)中；高中(職)；專科、大學；研究所以上；拒答

初篩疑似異常個案轉診(建議轉介專科醫師科別)：口腔顎面外科、耳鼻喉科、口腔整理科、一般內理科
 1.前項檢查疑似異常個案轉至_____醫院接受轉診
 2.轉診醫師：_____ 聯絡電話：_____

B.個案複檢(確診)結果(由特約醫事服務機構醫師或醫師助理填寫)
 1.前項檢查疑似異常個案於檢查後2個月內有沒有接受後續複檢(確診)? 沒有；有。
 2.沒有接受複檢(確診)理由為：無法聯繫；出國；搬家；死亡；拒檢；其他_____
 3.複檢(確診)醫院名稱及代碼：_____
 複檢(確診)醫師執業執照號碼：_____
 4.處理切片：無；有。
 5.診斷結果：
 經臨床診斷(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變：
無明顯異常
疑似口腔癌：
紅斑；
紅白斑；
非均質性白斑；均質性厚白斑；
均質性薄白斑；
疣狀增生；口腔黏膜下纖維化症；
扁平苔蘚或類扁平苔蘚反應；
其他：_____
 總之診斷(確診)為：
口腔癌；
上皮皮異(□□輕度□□中度□□重度)；
其他：_____
 6.治療：
無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療。
給予衛教介入。
有做手術、放療、化療或其他治療。
治療醫院名稱及代碼：_____
個案拒絕治療，理由：_____

有無症狀
 自覺口腔黏膜有無異常症狀?如異常顏色斑塊、口腔黏膜疼痛、難癒之潰瘍及腫塊症狀。無；有
 本人同意接受口腔黏膜檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用，並確認以上篩檢習慣正確無誤。(簽名) _____

口腔黏膜檢查情形(初檢醫師填寫)
 1.檢查醫院院所名稱及代碼：_____
 門診日期：民國____年____月____日。
 2.檢查結果：
未發現以下需轉介之異常；
需轉介，轉介原因(單選)：或同時出現兩種(含)以上原因，請將轉介原因代碼標示於口腔黏膜初檢異常部位標示圖並勾選編碼號(小者)。
疑似口腔癌；口腔內外不明原因之持續性腫塊；紅斑；紅白斑；疣狀增生；非均質性白斑；均質性厚白斑；均質性薄白斑；均質性厚白斑；均質性薄白斑；口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)；
均為早期仍不適之口腔潰瘍/糜爛；
扁平苔蘚；口腔黏膜不正常，但診斷未明；
其他：_____

附表六之五 健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單 (112年0月修訂)

【本檢查由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助】
 篩檢對象：30歲以上有嚼檳榔(含已戒)或吸菸習慣之民眾，18歲以上未滿30歲有嚼檳榔(含已戒)習慣之原住民，每2年1次。
 支付方式：預防保健；健保醫療給付；其他公費預算補助；自費健康檢查；其他。
 篩檢地點：社區或職場站點篩檢；醫療院所。
 檢查醫師科別：牙科；耳鼻喉科；經健康署核可之其他科別專科醫師。

A.基本資料(受檢者自填) 原住民族別：是 否
 姓名：_____ 性別：男 女
 出生日期：民國____年____月____日
 身分證統一編號：_____
 統一證號(外籍)：_____
 聯絡電話：(____)_____
 手機：_____
 現居住地址：(鄉鎮市區代碼：____)____路____號
 縣 鄉鎮 村 路
 市 區 里 (街)
 政 市 區 弄 號 樓
 教育：無；小學；國(初)中；高中(職)；專科、大學；研究所以上；拒答

初篩疑似異常個案轉診(建議轉介專科醫師科別)：口腔顎面外科、耳鼻喉科、口腔整理科、一般內理科
 1.前項檢查疑似異常個案轉至_____醫院接受轉診
 2.轉診醫師：_____ 聯絡電話：_____

B.個案複檢(確診)結果(由特約醫事服務機構醫師或醫師助理填寫)
 1.前項檢查疑似異常個案於檢查後2個月內有沒有接受後續複檢(確診)? 沒有；有。
 2.沒有接受複檢(確診)理由為：無法聯繫；出國；搬家；死亡；拒檢；其他_____
 3.複檢(確診)醫院名稱及代碼：_____
 複檢(確診)醫師執業執照號碼：_____
 4.處理切片：無；有。
 5.診斷結果：
 經臨床診斷(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變：
無明顯異常
疑似口腔癌：
紅斑；
紅白斑；
非均質性白斑；均質性厚白斑；
均質性薄白斑；
疣狀增生；口腔黏膜下纖維化症；
扁平苔蘚或類扁平苔蘚反應；
其他：_____
 總之診斷(確診)為：
口腔癌；
上皮皮異(□□輕度□□中度□□重度)；
其他：_____
 6.治療：
無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療。
給予衛教介入。
有做手術、放療、化療或其他治療。
治療醫院名稱及代碼：_____
個案拒絕治療，理由：_____

有無症狀
 自覺口腔黏膜有無異常症狀?如異常顏色斑塊、口腔黏膜疼痛、難癒之潰瘍及腫塊症狀。無；有
 本人同意接受口腔黏膜檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用，並確認以上篩檢習慣正確無誤。(簽名) _____

口腔黏膜檢查情形(初檢醫師填寫)
 1.檢查醫院院所名稱及代碼：_____
 門診日期：民國____年____月____日。
 2.檢查結果：
未發現以下需轉介之異常；
需轉介，轉介原因(單選)：或同時出現兩種(含)以上原因，請將轉介原因代碼標示於口腔黏膜初檢異常部位標示圖並勾選編碼號(小者)。
疑似口腔癌；口腔內外不明原因之持續性腫塊；紅斑；紅白斑；疣狀增生；非均質性白斑；均質性厚白斑；均質性薄白斑；均質性厚白斑；均質性薄白斑；口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)；
均為早期仍不適之口腔潰瘍/糜爛；
扁平苔蘚；口腔黏膜不正常，但診斷未明；
其他：_____

健康署十八歲以上至未滿三十歲具原住民身分且有
嚼(戒)檳榔行為之口腔黏膜檢查服務聲明書

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利補助」】

立聲明書人 (以下簡稱本人),
因為 之原因,故無法出具原住民證明
相關文件,茲證明我具原住民身分且有嚼(戒)檳榔行為,
本人聲明全部屬實,如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人
姓名: (簽章)
身分證統一編號:
通訊地址:
聯絡電話:

中華民國 年 月 日

備註:本資料請醫療院所留存於病歷中。

健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項:

- 一、申報檢查結果資料或確診追蹤資料電子檔,其檔案第一筆必須按【表一】格式輸入醫事機構聯絡資料,俾利回查資料檢核結果,第二筆以後資料則按【表二】或【表三】格式輸入個案之檢查結果資料或確診結果。
- 二、格式欄位 V 為必填、△為非必填或條件限制下必填;
- 三、英數字請使用英數字半型字元輸入,請勿使用全型數字字元(如:1 2 3 4 5 6 7 8 9 0)。
- 四、一個中文字算一個 byte。文件請用 ANSI 格式匯出。

表一、醫療機構聯絡資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	醫事機構代碼	文字	10	V	健保署特約醫事機構代碼
2	聯絡人姓名	文字	10	V	
3	聯絡人電話	文字	20	V	電話區號以括號表示;分機以#表示,如:(02)34567890#123
4	回覆報告的電子信箱	文字	50	△	必須填寫正確電子信箱格式,如:rest@email.com.tw
第一筆資料總長度					90

表二、檢查結果資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	支付方式	文字	1	V	1:預防保健; 3:健保醫療給付; 4:其他公務預算補助; 5:自費健康檢查; 9:其他
2	篩檢地點	文字	1	V	1:社區或職場篩檢站篩檢; 2:醫療院所。
3	檢查醫師科別	文字	1	V	1:牙科; 2:耳鼻喉科; 3:經健康署認可之其他科別專科醫師。
4	醫令代碼	文字	2	V	95:30歲以上有嚼檳榔(含已戒)或吸菸習慣者; 97:18歲以上至未滿30歲有嚼檳榔(含已戒)習慣之原住民。
5	姓名	文字	10	V	以10個字元為上限,外國名亦同
6	性別	文字	1	V	1:男;2:女。
7	出生日期	文字	7	V	YYMMDD,例如38年2月1日鍵入0380201
8	原住民	文字	1	V	1:是;2:否。
9	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號,只接受5-10碼,大寫半型英數字元,如:A123456789
10	聯絡電話	文字	20	△	電話區號以括號表示;分機以#表示,如:(02)34567890#123
11	手機	文字	10	△	聯絡電話與手機擇一必填。

12	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼4碼,非郵遞區號。 (請參考最新版鄉鎮市區代碼對照表)
13	地址	文字	60	V	
14	教育	文字	1	V	1:無 2:小學 3:國(初)中 4:高中(職) 5:專科,大學 6:研究所以上 7:拒答。
15	嚼檳榔	文字	1	V	0:無 1:已戒 2:嚼10年以下,每天少於20顆 3:嚼10年以下,每天20顆及以上 4:嚼超過10年,每天少於20顆 5:嚼超過10年,每天20顆及以上
16	吸菸	文字	1	V	0:無 1:已戒 2:吸10年以下,每天少於20支 3:吸10年以下,每天20支及以上 4:吸超過10年,每天少於20支 5:吸超過10年,每天20支及以上
17	有無症狀	文字	1	V	0:無 1:有
18	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	必須和上傳的醫療院所代碼相同
19	門診日期	文字	7	V	YYMMDD,例如99年2月1日鍵入0990201,服務對象看診日期
20	檢查結果	文字	2	V	0:未發現以下需轉介之異常; 1:疑似口腔癌; 2:口腔內外不明原因之持續性腫塊; 3:紅斑; 4:紅白斑; 5:疣狀增生; 71:非均質性白斑 72:均質性厚白斑 73:均質性薄白斑 76:口腔黏膜下纖維化症 8:約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛; 9:扁平苔蘚; 10:口腔黏膜不正常,但診斷未明; 99:其他。
21	檢查結果-其他敘述	文字	40	△	檢查結果選「99:其他」時,此欄為必填
22	檢查結果部位	文字	75	△	若檢查結果為0以外之代碼,口腔黏膜初檢異常部位代碼為必填(可複選,請以逗號分隔)。 AU:口唇(上) AD:口唇(下) BR:頰黏膜(右)

					BL:頰黏膜(左) CR:白齒後三角區(右) CL:白齒後三角區(左) DR:上牙齦/齒槽黏膜(右) DL:上牙齦/齒槽黏膜(左) ER:下牙齦/齒槽黏膜(右) EL:下牙齦/齒槽黏膜(左) FR:舌(右) FL:舌(左) GR:口底黏膜(右) GL:口底黏膜(左) HR:硬顎(右) HL:硬顎(左) JR:軟顎(右) JL:軟顎(左) KR:扁桃體(右) KL:扁桃體(左) L:其他 MR:頸部黏膜(右) ML:頸部黏膜(左)
23	檢查結果部位-其他敘述	文字	40	△	檢查結果部位選「L:其他」時,此欄為必填
24	前項檢查疑似異常個案轉至醫院代碼	文字	10	△	健保署特約醫事機構代碼(一律為10碼) 20檢查結果為「0」,不可填入確診 無資料時請以10個字元的空白代替
25	前項檢查疑似異常個案轉診醫院電話	文字	20	△	電話區號以括號表示;分機以#表示,如:(02)34567890#123 無資料時請以20個字元的空白代替
26	醫師執業執照號碼	文字	10	V	經區衛生局核發之醫師執業執照號碼(身分證字號),大寫半型英數字元,如:A123456789
每筆資料總長度					346

表三、確診追蹤資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	確診個案姓名	文字	10	V	
2	確診個案出生日期	文字	7	V	YYYYMMDD, 例如 38 年 2 月 1 日鍵入 0380201
3	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	
4	檢查醫院院所代碼	文字	10	V	與表二的序號 18 檢查醫院院所代碼相同。
5	門診日期	文字	7	V	YYYYMMDD, 例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201 與表二的序號 19 門診日期相同。
6	保留欄位	文字	2	V	本保留欄位原為醫令代碼, 請以 2 個字元的空白代 替。
7	疑似異常個案二個月內後續 確診	文字	1	V	0: 沒有 1: 有
8	沒有接受確診理由	文字	1	△	1: 無法聯繫 2: 出國 3: 搬家 4: 死亡 5: 拒檢 6: 其他 若 7: 疑似異常個案後續確診為「0: 沒有」時, 此欄 必填。
9	沒有接受確診理由-其他敘述	文字	50	△	若 8: 沒有接受確診理由為「6: 其他」時必填。
10	複檢 (確診)醫院代碼	文字	10	△	若 7: 疑似異常個案後續確診為「1: 有」時, 此欄 必填, 健保署特約醫事機構代碼 (一律為 10 碼) YYYYMMDD, 例如 99 年 3 月 1 日鍵入 0990301
11	複檢 (確診)日期	文字	7	△	若 7: 疑似異常個案後續確診為「1: 有」時, 此欄 必填。
12	複檢 (確診)醫師執業執照號碼	文字	10	V	據區衛生局類傳之醫師執業執照號碼 (身分證字 號), 大寫半型英數字元, 如: A123456789
13	病理切片	文字	1	△	0: 無; 1: 有。 若 11: 複檢 (確診)日期有填寫時, 此欄必填。
14	臨床診斷 (複檢) 結果-非口 腔癌之其他病變	文字	2	△	00: 無明顯異常; 08: 非均質性白斑 09: 均質性厚白斑 10: 均質性薄白斑 12: 血斑; 13: 紅白斑; 14: 疣狀增生; 15: 口腔黏膜纖維化; 16: 扁平苔蘚或類扁平苔蘚反應; 20: 疑似口腔癌 99: 其他 若 11: 複檢 (確診)日期有填寫時, 此欄必填。
15	臨床診斷 (複檢) 結果-非口 腔癌之其他病變-其他敘述	文字	40	△	(臨床診斷 (複檢) 結果-非口腔癌之其他病變選 「99: 其他」時, 此欄為必填)
16	經病理診斷 (確診) 結果-高 理診斷	文字	2	△	21: 口腔癌; 22: 上皮變異; 23: 輕度上皮變異; 24: 中度上皮變異;

					25: 重度上皮變異; 99: 其他。 若 13 之病理切片為「1 有」時為必填。
17	經病理診斷 (確診) 結果-高 理診斷-其他敘述	文字	40	△	診斷 (確診) 結果-病理診斷選「99: 其他」時, 此 欄為必填。
18	治療	文字	1	△	0: 無; 1: 有; 2: 個案拒絕治療。 若 11: 複檢 (確診)日期有填寫時, 14 診斷(複診) 結果非「00: 正常」時, 此欄必填。 若 11: 複檢 (確診)日期有填寫時, 且 16 診斷 (確 診) 結果非空白時, 此欄必填。
19	治療醫院代碼	文字	10	△	若 18: 治療為「1 有」時必填。 疑似異常個案後續確診為「0 沒有」時非必填。
	每筆資料總長度		221		

表四、口腔篩檢刪除資料 OralA Del

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	
2	檢查醫院院所代碼	文字	10	V	檢查醫院院所代碼
3	門診日期	文字	7	V	YYYYMMDD, 例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201
	每筆資料總長度		27		

表五、口腔篩檢刪除資料 OralB Del

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	
2	檢查醫院院所代碼	文字	10	V	檢查醫院院所代碼
3	門診日期	文字	7	V	YYYYMMDD, 例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201
	每筆資料總長度		27		

上述表四及表五的刪除欄位均相同, 取決於檔案命名方式來判斷是要刪除 OralA 還是 OralB

Txt 檔案出規則

- 口腔檢查結果: 每筆資料均為固定長度, 共 26 個欄位/346 字元 (中英文均各視為單一字元), 均採向左靠齊, 不足以空白填補。
- 口腔確診追蹤: 每筆資料均為固定長度, 共 19 個欄位/221 字元 (中英文均各視為單一字元), 均採向左靠齊, 不足以空白填補。
- 產生 txt 的命名規則為: OralA 檢驗單位健保代碼_5 碼.txt
如: OralA3831040864_10101.txt
上傳檔案名稱命名範例—
口腔檢查結果匯入檔名稱: OralA3831040864_10101.txt
口腔檢查結果匯入檔名稱 (刪除用): OralA3831040864_10101_Del.txt
口腔確診追蹤匯入檔名稱: OralB3831040864_10101.txt
口腔確診追蹤匯入檔名稱 (刪除用): OralB3831040864_10101_Del.txt
檔名亦可如下方式命名為:
例如, 口腔黏膜篩檢匯入檔名稱: OralA3831040864_101A1.txt
上述檔案的「_」後面只要 5 碼即可, 文字數字皆可接受。

附表七之一 執行成人預防保健服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
成人預防保健服務	<ol style="list-style-type: none"> 申請辦理成人預防保健服務者: <ol style="list-style-type: none"> 應有登記執業之家庭醫學科或內科專科, 或通過健康署指定相關教育訓練之其他科別專科醫師。 應備有相關檢驗設備, 且其醫事檢驗作業需符合醫事檢驗相關規定; 未具檢驗設備者, 應委託其他之特約醫事服務機構代為檢驗。 應具備近三年內通過檢項目能力試驗之證明文件或財團法人全國認證基金會 (Taiwan Accreditation Foundation, TAF) 或美國病理學會 (College of American Pathologists, CAP) 之認證證明文件。近三年內未通過 B、C 型肝炎能力試驗者, 應委託通過 B、C 型肝炎能力試驗之特約醫事服務機構代為檢驗。檢項目能力證明之說明表, 詳如下方「其他應配合事項」第五點。 成人預防保健服務第一階段檢驗檢查服務, 除特約醫院、診所提供外, 亦可由符合受檢資格之服務對象, 選擇由特約醫事檢驗機構依雙軌作業方式辦理。特約醫事檢驗機構依此方式提供服務對象第一階段檢驗檢查服務, 應先向健保署提出成人預防保健服務項目之申請。 成人預防保健服務第一階段檢驗費用由醫事檢驗機構申報者, 診所及檢驗所雙方須明定申報方對於檢驗(查)結果上傳、矯正及申復稽查, 若申報方未依規定上傳矯正或非申報方亦申報時, 健康署將予以核扣申報方。 	<ol style="list-style-type: none"> 自一百一十一年一月一日起限由家庭醫學科、內科專科或通過健康署指定相關教育訓練之其他科別專科醫師執行。 自一百一十一年三月一日起單獨提供 B、C 型肝炎檢查時, 成人預防保健服務特約醫事服務機構之所有專科醫師皆可執行, 不受前述限制, 但健康署仍得依執行情形限制或停止之。
	<ol style="list-style-type: none"> 機構應取得並保存近三年內通過檢項目能力試驗之證明文件或財團法人全國認證基金會 (TAF) 或美國病理學會 (CAP) 之認證證明文件, 未符合前開資格者, 不予核付費用。 	

附表七之二 成人預防保健服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位:新臺幣元)

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
21	IC21	四十歲以上未滿六十五歲者,每三年補助一次	第一階段 一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查:飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐。 三、尿液檢查:蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。 第二階段 一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查:身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頭部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢:戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	300
22	IC22	六十歲以上者,每年補助一次	第一階段 一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查:飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐。 三、尿液檢查:蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。 第二階段 一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查:身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頭部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢:戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	300
23	IC21	四十歲以上未滿六十五歲者,每三年補助一次	第一階段 一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查:飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐。 三、尿液檢查:蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。 第二階段 一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查:身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頭部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢:戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
24	IC22	六十歲以上者,每年補助一次	第一階段 一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查:飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐。 三、尿液檢查:蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。 第二階段 一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查:身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頭部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢:戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
25	IC23	罹患小兒麻痺且在三十五歲以上者,每年補助一次	第一階段 一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查:飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐。 三、尿液檢查:蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	300

其他應配合事項:

- 一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源為「由衛生福利部國民健康署經費補助」。
- 二、特約醫事服務機構依雙軌作業方式直接提供服務對象第一階段服務後,為提高服務對象完成第二階段服務,應依下列規定辦理:
 - (一)辦理第一階段檢驗檢查服務後,由服務對象告知選擇執行第二階段服務之特約醫事服務機構,並註明於成人預防保健服務檢查紀錄結果表單。
 - (二)向服務對象說明第一階段檢驗檢查結果報告會於二週內,逕寄至其選定之特約醫事服務機構,請其同意直接至該特約醫事服務機構索取報告並接受第二階段服務(請服務對象填寫聲明書如附表六之五)。
 - (三)特約醫事服務機構收到前述特約醫事服務機構第一階段檢驗檢查結果報告後,應主動聯繫服務對象接受第二階段服務並於該次服務紀錄表簽名。
- 三、特約醫事服務機構申請辦理成人預防保健社區巡迴服務,應先報經當地衛生局同意,並由當地衛生局將檢驗項目、場次數或其他相關資訊送健康署,並於實際辦理服務前,向健保署報備服務之時間、地點及配合醫療院所後辦理,且於服務結束後如實申報相關資料。
- 四、特約醫事服務機構經當地衛生局許可及健保署同意後,指派醫師及必要之醫事人員至立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家,提供健保一般門診診療服務時,經醫師專業判斷,無下列情形之一者,得提供成人預防保健服務:
 - (一)四十歲以上未滿六十五歲且過去三年內曾至少接受血壓、血糖、血脂因篩及三酸甘油酯四項與成人預防保健服務近相同之檢查項目。
 - (二)六十五歲以上或五十五歲以上原住民,過去一年內曾至少接受血壓、血糖、血脂因篩及三酸甘油酯四項與成人預防保健服務近相同之檢查項目。
 - (三)經診斷患有糖尿病、中風及心臟病之病人。
- 五、特約醫事服務機構申請辦理成人預防保健服務,需具備檢驗項目能力試驗證明之說明表:

檢驗項目	說明
Creatinine(血清肌酸酐)、Glucose(血糖)、Total cholesterol(總膽固醇)、Triglyceride(三酸甘油酯)、HDL(高密度脂蛋白膽固醇)、GOT、GPT、B型肝炎表面抗原(HBsAg)、C型肝炎抗體(Anti-HCV)。	
檢驗能力證明(擇一即符合)	一、能力試驗證明文件出具單位為財團法人全國認證基金會(TAF)或相當等級單位認證之能力試驗執行機構。 二、認證證明文件出具單位為財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會(CAP)。
檢驗能力證明文件通過年份	(申請年份-文件年份) ≤ 3

26	IC23	第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查:身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頭部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢:戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
27	IC24	第一階段	一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查:飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐。 三、尿液檢查:蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	300
28	IC24	第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查:身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頭部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢:戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
21+L1001C 限併同申報 (自一百零九年十一月一日起暫停使用)	IC21	第一階段	一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查:飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐、B型肝炎表面抗原、C型肝炎抗體檢查。【B、C型肝炎實驗室檢查採用酵素免疫分析法(enzyme-link immunosorbent assay, ELISA)或同等級(含)以上的方法。】 三、尿液檢查:蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	500
23	IC21	第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查:身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頭部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢:戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
25+L1001C 限併同申報	IC23	第一階段	一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、	500

(自一百零九年十一月一日起暫停使用)	五十五年)出生且滿四十五歲之罹患小兒麻痺者,終身補助一次	第一階段	長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查:飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐、B型肝炎表面抗原、C型肝炎抗體檢查。【B、C型肝炎實驗室檢查採用酵素免疫分析法(enzyme-link immunosorbent assay, ELISA)或同等級以上的方法。】 三、尿液檢查:蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	300
26	IC23	第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查:身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頭部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢:戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
27+L1001C (自一百零九年六月一日起暫停使用)	IC24	第一階段	一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查:飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐、B型肝炎表面抗原、C型肝炎抗體檢查。【B、C型肝炎實驗室檢查採用酵素免疫分析法(enzyme-link immunosorbent assay, ELISA)或同等級以上的方法。】 三、尿液檢查:蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	500
28	IC24	第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查:身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頭部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢:戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
L1001C (自一百零九年九月二十八日生效)	IC21 IC22 IC23 IC24 IC29	四十五歲至七十九歲者,終身補助一次。 身分別為原住民四十歲以上未滿六十一歲者,終身補助一次。	因應B、C型肝炎擴大篩檢方案,可單獨提供B型肝炎表面抗原、C型肝炎抗體檢查。【B、C型肝炎實驗室檢查採用酵素免疫分析法(enzyme-link immunosorbent assay, ELISA)或同等級以上的方法。】與一百零九年八月一日開始實施之B、C型肝炎篩檢相同,唯年齡範圍擴大,仍限終身補助一次。	200

附表七之三 成人預防保健服務對象資格檢核、表單填寫與保存

類別 內容

服務對象資格檢核 一、提供服務前，應先檢視健保卡及內部相關紀錄表單，並利用健康署指定之平台查證，確認服務對象符合成人預防保健服務注意事項之補助資格，始得提供服務。如有重複提供服務且可歸責於特約醫事服務機構者，本部不予核付費用。
二、服務時，須查核成人預防保健服務資格註記管道：提供下列查詢應用程式介面系統進行查詢
(一)醫務院所預防保健服務或服務整合系統 <https://portal.hpa.gov.tw>
(二)健康署「成人預防保健及B、C型肝炎篩檢資格查詢API」
<https://rcurl.cce.gov.tw/Oqj2JX>
(三)健保署醫務資訊雲端查詢系統連結
<https://medcloud.nhi.gov.tw/inme0008/IMME0008050.aspx>
三、身分別為原住民之補助，服務對象須出示戶口名簿，提供特約醫事服務機構檢閱；特約醫事服務機構檢閱後須於病歷上登錄「原住民」身分別備查。
四、特約醫事服務機構辦理成人預防保健服務，如服務對象已領取假處方箋，並配合定期檢查及常規治療，其檢查項目已有血壓、血脂、血脂固形及三酸甘油酯四項成人預防保健服務相同之檢查項目者，不提供服務。但經醫師專業判斷，服務對象仍需要接受服務者，不在其限。

表單填寫與保存 一、提供成人預防保健服務當日應於健保卡登錄當次檢查項目代碼，就醫序號或其他相關資訊，健保卡登錄說明如下：
(一)就醫類別：請填「AC：預防保健」。
(二)就診日期時間：由讀卡機提供。
(三)保健服務項目註記：請填「02：成人預防保健服務」。
(四)檢查項目代碼：請依不同補助對象對應之代碼(21至28)填列；如提供B、C型肝炎檢查服務時請依下列方式填列：
1. 併同成人預防保健第一階段提供服務時，依不同對象：四十五至六十四歲者請填「21」、六十五至七十九歲者請填「22」、罹患小兒麻痺者請填「25」、身分別為原住民者請填「27」。
2. 單獨提供B、C型肝炎篩檢請填「29」。
(五)醫令類別：請填「3：診療」。
(六)診療項目代號：參考附表六之二醫令代碼，併同成人預防保健第一階段提供B、C型肝炎檢查時，請分別填成人預防保健醫令代碼(21、22、25、27)及「L1001C」；如單獨提供B、C型肝炎檢查請填醫令代碼「L1001C」。
二、辦理成人預防保健服務者，應於「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」(如附表七之四)詳實記載各項資料，並將檢查結果登錄上傳至健康署指定之系統，且提供服務當日即於健保卡登錄或上傳當次檢查項目代碼、就醫序號、診治醫事人員代號及相關資料。(檢查結果電子檔申報格式如附表七之六)。

附表七之四

健康署成人預防保健服務檢查紀錄結果表單

“△”第一階段日期： 年 月 日 第二階段日期： 年 月 日

(加註)“△”為提供B、C型肝炎檢查必填欄位

◎ 如果您年滿四十歲以上未滿六十五歲，最近三年是否曾接受過成人預防保健服務？
 是，請簽名或蓋章(手印)：
 ◎ 如果您是三十五歲以上至六十五歲，最近三年是否曾接受過成人預防保健服務？
 是，請簽名或蓋章(手印)：
 ◎ “A” 如果您是三十五歲至三十九歲，或您是四十歲至七十九歲原住民，您是否曾於成人預防保健服務機構接受B、C型肝炎檢查？
 是，請簽名或蓋章(手印)；(勾選“否”者，本次可做B、C型肝炎檢查)
 ◎ “△”除成人預防保健服務之外，您是否曾接受過B、C型肝炎檢查？ 是
 ※請注意：
 ◎ 若受檢民眾同時符合執行下列預防保健服務者，請提供服務機構介紹信至送當院所執行。

篩檢項目	檢查對象及時程	此次是否要檢查
● 子宮頸抹片檢查：	三十歲以上婦女每年一次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
● 乳房攝影檢查：	四十五歲以上至未滿七十歲之婦女及四十歲以上至未滿四十五歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾有患乳癌之婦女，每二年一次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
● 口腔癌篩檢：	三十歲以上有嚼菸或吸菸者，每二年一次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
● 皮膚癌篩檢：	五十歲以上至未滿七十五歲者，每二年一次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

◎ 成人預防保健服務補助時程為四十歲以上未滿六十五歲者，每三年補助一次；三十五歲以上小兒麻痺患者，五十五歲以上原住民或六十五歲以上者，每年補助一次。

◎ “△”本人同意接受成人預防保健服務。請簽名或蓋章(手印)：(第一階段) (第二階段)
 (相關資料將作為衛生單位政策評估及查詢或個案追蹤健康管理使用)

下列紅框內之欄位請醫護人員協助服務對象於檢查前先行詳細填寫，以供醫師參考。

身分證統一編號	姓名	性別	男 女
生日	民國 年 月 日 (農曆)	電話	
現地址	縣(市) 鄉(鎮) 村(里) 路(街) 巷 弄 號 樓		
戶籍地	縣(市) 鄉(鎮) 村(里) 路(街) 巷 弄 號 樓		
教育程度	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中(初) <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科、大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 醫學院		
△ 疾病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血脂症 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 慢性肝病 <input type="checkbox"/> 其他：		
△ 長期服藥	<input type="checkbox"/> 有，病因： <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血脂症 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 慢性肝病 <input type="checkbox"/> 其他：		
△ 家族史	<input type="checkbox"/> 有，病因： 一、最近半年來，您吸菸的情形是？ <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 朋友吸菸或感觸才吸菸 <input type="checkbox"/> 平均一天約吸一包菸(含以下) <input type="checkbox"/> 平均一天約吸一包菸以上 二、最近半年來，您喝酒的情形是？ <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 偶爾喝或感觸才喝 <input type="checkbox"/> 經常喝酒 三、最近半年來，您嚼檳榔的情形是？ <input type="checkbox"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 偶爾嚼或感觸才嚼 <input type="checkbox"/> 經常嚼或習慣嚼 四、最近二週，您是否有過勞(每週達150分鐘以上)？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有，但未達每週150分鐘(2.5小時) <input type="checkbox"/> 有，且每週達150分鐘以上(2.5小時) 五、您是否出現咳嗽超過二週的情形？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有		
△ 健康行為	一、過去二週，您是否感覺情緒低落、沮喪或沒有希望？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 二、過去二週，您是否感覺做事失去興趣或樂趣？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
△ 憂鬱檢測			

※醫師如有任何不滿意處，務請或與醫師討論，務必於何時何處告知醫師。
 第一階段 特約醫事服務機構名稱及代號(表單填寫前請先填妥)
 第二階段 特約醫事服務機構名稱(表單填寫前請先填妥)

身高：__公分 體重：__公斤 脈搏：__次/分
 血壓：__mmHg 腰圍：__吋 或 __公分【可擇一填寫】
 身體質量指數(BMI)：__【理想值：18.5≤BMI<24】
 ◎計算方式：體重(公斤)/身高(公尺)²

身體檢查

眼睛
 右眼裸眼視力：__ 左眼裸眼視力：__
 右眼矯正視力：__ 左眼矯正視力：__

耳鼻喉及口腔
 無明顯異常
 異常： 助聽器 鑲牙 牙結石或牙周病 其他

頭部
 淋巴腺腫大： 有 無 甲状腺腫大： 有 無

胸部
 無明顯異常 異常： 心臟雜音 無明顯異常 異常：
 呼吸音 無明顯異常 異常： 腹 部： 無明顯異常 異常：
 四肢： 無明顯異常 異常： 其他異常：

尿液檢查
 蛋白質：定性： - +/- + ++ +++ ++++
 或定量： mg/dl (參考值：__) 【定性或定量可擇一填寫】

生化檢查
 飯前血糖： mg/dl (參考值：__)
 總膽固醇： mg/dl (參考值：__)
 三酸甘油酯： mg/dl (參考值：__)
 高密度脂蛋白膽固醇： mg/dl (參考值：__)
 低密度脂蛋白膽固醇計算： mg/dl (參考值：__) (僅適用三酸甘油酯≤400mg/dl)
 ◎計算方式：總膽固醇-高密度脂蛋白膽固醇-1.67(三酸甘油酯×5)
 AST(GOT)： IU/L (參考值：__)
 ALT(GPT)： IU/L (參考值：__)
 肌酸酐： mg/dl (參考值：__)
 腎絲球過濾率(eGFR)： ml/min/1.73 m²
 ◎計算方式：男性：186×(血清肌酸酐)^{-1.154}×(年齡)^{-0.203}
 女性：186×(血清肌酸酐)^{-1.154}×(年齡)^{-0.203}×0.742

△“B”型肝炎表面抗原(HBsAg)： 陰性 陽性 未執行
 △“C”型肝炎抗體(Anti-HCV)： 陰性 陽性 未執行

健康諮詢
 戒菸 戒酒 戒檳榔 規律運動
 維持正常體重 健康飲食 事故傷害預防 口腔保健

檢查結果與建議
 身體檢查部分：
 血壓： 正常 異常；建議生活型態改善，並定期__個月追蹤或進一步檢查或接受治療
 飯前血糖： 正常 異常；建議生活型態改善，並定期__個月追蹤或進一步檢查或接受治療
 血脂： 正常 異常；建議生活型態改善，並定期__個月追蹤或進一步檢查或接受治療
 肝功能： 正常 異常；建議生活型態改善，並定期__個月追蹤或進一步檢查或接受治療
 代謝症候群：沒有 有；建議生活型態改善，並定期__個月追蹤或進一步檢查或接受治療
 (代謝症候群定義：血壓、空腹血糖、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇，其中三項或超過三項異常)
 △“B”型肝炎表面抗原： 陰性 陽性 進一步檢查 接受治療
 △“C”型肝炎抗體： 陰性 陽性 進一步檢查 接受治療
 咳嗽症狀： 沒有 有；建議轉診進一步評估是否可能為結核病
 憂鬱檢測： 二週皆答“否” 二週任一週答“是”；建議轉介至相關單位接受進一步服務

“△”特約醫事服務機構名稱及代號(蓋章) “△”檢查醫師簽名(蓋章)

※服務對象為特約醫事服務機構依雙軌作業方式提供第一階段檢驗檢查服務者，其自行選定第二階段服務的特約醫事服務機構名稱：__ 地址：__

健康署成人預防保健服務
雙軌作業方式聲明書

我已經瞭解成人預防保健服務雙軌作業方式，並願意遵行下列事項：

□我同意接受第一階段檢驗檢查服務後，於成人預防保健服務檢查紀錄結果表單上註明執行第二階段服務之特約醫事服務機構名稱及住址。

□第一階段檢驗檢查結果報告會於兩週內，逕寄至我選定之特約醫事服務機構，我必須直接至特約醫事服務機構索取報告並接受第二階段服務。

民眾或家屬簽名： 時間： 年 月 日

附表七之六 健康署成人預防保健服務檢查紀錄結果表單
資料電子檔申報格式

Table with 6 columns: 序號, 欄位名稱, 屬性, 長度, 備註, 註: "△"為B、C型肝炎檢查必填欄位. Rows include personal info, medical history, and lifestyle questions.

Table with 6 columns: 序號, 欄位名稱, 屬性, 長度, 備註, 註: "△"為B、C型肝炎檢查必填欄位. Rows include lab tests like cholesterol, liver enzymes, and kidney function.

Table with 6 columns: 序號, 欄位名稱, 屬性, 長度, 備註, 註: "△"為B、C型肝炎檢查必填欄位. Rows include blood pressure, blood sugar, and specific lab results.

衛生福利部國民健康署 肺癌早期偵測計畫

112年2月24日版

壹、前言：

肺癌是全球癌症死因第1位。臺灣肺癌標準化死亡率雖自100年每十萬人26人下降至110年每十萬人22.2人，下降了14.6%，但仍連續12年高居臺灣癌症標準化死亡率首位，110年共10,040人死於肺癌，占所有癌症死亡人數的五分之一(19.4%)。肺癌是臺灣發生率第2高的癌症，109年共16,370人罹患肺癌。近10年我國肺癌新診斷個案5年相對存活率雖自96-100年的17.7%，倍增至105-109年38.2%，惟存活率相對低，與肝癌相當。肺癌個案存活率低，主要與診斷期別有關，109年肺癌確診個案有4.4%被診斷為0期，有29.0%被診斷為1期，有3.7%被診斷為2期，有11.8%被診斷為3期，有51.1%被診斷為4期。目前第1期肺癌之5年存活率約9成，到了第2期接近6成，第3期則下降到約3成，但如果延誤治療到第4期才就醫，5年存活率就僅剩1成。近年因民眾自費接受低劑量電腦斷層(以下簡稱LDCT)健康檢查提升，0期及1期肺癌個案顯著增加，惟目前每2位肺癌個案就有1人診斷時已第4期。

國際上，美國國家肺癌篩檢試驗(NLST)結果顯示，以LDCT篩檢55-74歲吸菸族群(吸菸史大於30包-年，且持續抽菸或戒菸小於15年)，較X光可降低肺癌死亡率約2成。歐洲荷蘭、比利時發起之肺癌篩檢試驗(NELSON)結果顯示，以LDCT篩檢50-75歲吸菸族群，對男性可減少26%肺癌死亡率。美國預防服務工作小組(USPSTF)2021年更新表示對50-80歲吸菸族群(大於20包-年，且持續抽菸或戒菸小於15年)進行LDCT肺癌篩檢，建議評級為B(即LDCT檢查為高度確認為中度以上效益)。國際上目前僅有美國聯邦醫療保險(Medicare)及貧困者醫療補助計畫(Medicaid)、南韓國家癌症篩檢計畫針對重度吸菸者，搭配戒菸服務提供每年1次(美國)或每2年1次(南韓)LDCT肺癌篩檢，澳洲表示正規劃肺癌篩檢計畫，其他國家仍僅執行相關評估、前期研究或試辦。例如英國英格蘭國民保健署(NHS)

審查原則、申請表，請詳見附件1、附件2。

參、執行期間：申請計畫核准日起辦理，視辦理情況續約。

肆、服務對象及時程：有下列任一肺癌風險因子且具健保身分之民眾，每2年1次胸部低劑量電腦斷層攝影檢查。

- 一、具肺癌家族史：50至74歲男性或45至74歲女性，且其父母、子女或兄弟姊妹經診斷為肺癌之民眾。若有吸菸情形，應同意接受戒菸服務。
- 二、重度吸菸者：50至74歲吸菸史達30包-年以上，有意願戒菸(若有吸菸情形，應同意接受戒菸服務)或戒菸未達15年之重度吸菸者。

備註：

(一) 篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次LDCT攝影年-前次LDCT攝影年 ≥ 2 」。

(二) 補助年齡以「年份」檢核，其年齡條件為「50 \leq 當次LDCT攝影年-出生年 ≤ 75 」，對於具肺癌家族史之女性，其條件為「45 \leq 當次LDCT攝影年-出生年 ≤ 75 」。

(三) 包-年：平均每日吸菸包數 \times 吸菸年數。

(四) 有關重度吸菸者之定義，後續若有調整，以本署公告為準。

三、若有下列任一情形者，不予收案，若有(五)至(七)情形者，應建議並協助民眾循正規醫療流程就醫：

- (一) 懷孕中。
- (二) 過去12個月內曾接受過胸部電腦斷層檢查。
- (三) 曾得過肺癌。
- (四) 無法接受胸腔穿刺或手術者。
- (五) 過去1個月內有不明原因之咳血。
- (六) 過去1個月內的胸部X光檢查顯示有明顯可疑肺癌病灶。
- (七) 過去1年內有不明原因之體重減輕超過6公斤。

四、前開(五)至(七)個案，若經醫師評估，認為非疑似肺癌情形，且個案狀況能接受LDCT肺癌篩檢者，經檢附醫師診斷或評估結果，並簽具聲明

與14家機構(後增為23家)，自2019年起，針對55-74歲吸菸(曾吸菸)且肺癌風險較高者(LLP_{v2} $\geq 2.5\%$ 或PLCO_{x,mi} $\geq 1.51\%$)，提供2年1次LDCT肺癌篩檢服務，並提供面對面戒菸衛教鼓勵民眾戒菸。

因我國男性肺癌個案有63.9%有吸菸，但女性肺癌個案僅6.3%有吸菸，衛福部自103年起補助台灣肺癌學會對吸菸以外危險因子執行「以低劑量電腦斷層掃描篩檢臺灣不吸菸肺癌高危險族群之研究(TALENT)」，目前已完成1.2萬例收案，並定期追蹤。TALENT第1輪篩檢試驗結果顯示，50-74歲具肺癌家族史者(父母、子女、兄弟姊妹罹患肺癌)進行LDCT肺癌篩檢，肺癌檢出率較其他不吸菸肺癌高危險族群高。本署經蒐集國際實施LDCT肺癌篩檢現況及成本效益資訊，並參考TALENT研究提供之科學實證資訊，推動肺癌早期偵測計畫，針對肺癌高危險族群(重度吸菸者及具肺癌家族史者)提供每2年1次LDCT肺癌篩檢服務。

貳、辦理醫院資格：

- 一、為健保特約醫療院所之醫院層級機構，且能提供64切以上(含)且切片厚度在1.25 mm以下(含)之低劑量電腦斷層掃描檢查，並有適當之閱片螢幕與工作站等相關儀器及儲存設備。影像檔以DICOM(醫療影像傳輸標準)檔案類型儲存。
- 二、建議為本署「癌症診療品質認證醫院」。若非本署「癌症診療品質認證醫院」，則須與鄰近或合作之「癌症診療品質認證醫院」至少1家簽訂合作意向書，以協助篩檢結果異常個案接受後續確診。
- 三、應有放射診斷專科醫師、醫事放射師、胸腔內外科醫師、具醫事人員證書之個案管理師、相關科別之專科醫師或醫事人員等組成肺癌多專科團隊。非癌症診療品質認證醫院，得以合作醫院之多專科團隊代之，惟仍需具有放射診斷專科醫師、醫事放射師、胸腔內科或胸腔外科醫師、具醫事人員證書之個案管理師。
- 四、依「游離輻射防護法」規定，具電腦斷層掃描儀器醫療用品品質保證專業人員。
- 五、符合資格醫院，應向本署提出申請，經本署審查通過，始能依本署公告之期間就補助服務對象提供服務，後續並應與本署簽訂契約。資格

2

書(格式如附件7)後，則可收案。

伍、補助金額：

- 一、每案補助新臺幣4,000元。
- 二、機構不得向民眾收取額外檢查費用，排檢及檢查當日不應收取掛號費。惟若個案接受戒菸服務，得另依戒菸服務規範收取費用。

陸、服務內容及流程：

- 一、符合資格民眾應持健保卡及相關證明文件，至經本署審查通過之醫院受檢。
- 二、醫院應確認民眾符合收案條件(包括至本署「肺癌早期偵測追蹤管理系統」查詢民眾前次接受本計畫服務情形)，並詢問民眾無不予收案情形，請民眾於受檢前觀看LDCT衛教影片或相關衛教資訊，並確實告知低劑量胸部電腦斷層檢查之目的、可能風險、篩檢後流程及民眾需配合事項後，再請民眾簽署個案同意書(格式如附件3)。
- 三、調查民眾基本資料及風險因子(格式如附件4)，確認符合接受檢查資格(民眾未簽署個案同意書及所需之聲明書者，不得提供服務)：
 - (一)以具有肺癌家族史接受服務者，應檢具其父母、子女或兄弟姊妹曾有肺癌之診斷證明與其親屬關係相關文件(若民眾無法提出證明，應請其填具聲明書，如附件5)，並留存(影本)於病歷中備查。
 - (二)以具有重度吸菸史接受服務者，應填具聲明書，如附件6，並留存(影本)於病歷中備查。
- 四、若民眾自述現在仍有吸菸情形，或CO檢測結果為10 ppm以上(含)，應安排民眾於當日或接受檢查前接受戒菸服務(戒菸治療或戒菸衛教，戒菸服務之費用及相關規範，另依本署「醫事機構戒菸服務補助計畫」作業須知辦理。若醫院無提供戒菸服務，應請民眾排檢前先於本署戒菸服務合約醫事機構接受戒菸服務，若受檢當日民眾仍未接受戒菸服務，應轉介給其他戒菸服務合約醫療院所)。
- 五、進行低劑量胸部電腦斷層掃描檢查(LDCT檢查標準化規範如附件8)。

4

六、對於篩檢結果為Modified Lung-RADS Category 1或2者，應於LDCT檢查後6週內寄送書面報告（或經個案同意後，得採電子郵件等方式提供，書面報告參考格式如附件9）；對於篩檢結果為Modified Lung-RADS Category 0/3/4A/4B/4X者（下稱疑似異常個案），醫院應於LDCT檢查後6週內安排個案回胸腔科或胸腔外科門診看報告，說明後續處置建議，並安排檢查追蹤或確診程序（若非癌症診療品質認證醫院，應視需要轉介個案至本署癌症診療品質認證醫院進行確診或治療程序）。個案進行檢查追蹤、確診後，應填列疑似異常個案追蹤表（附件10）。若無法於6週內請疑似異常個案回診看報告，6週內至少應聯繫個案3次並詳實紀錄，改以掛號寄發檢查報告（包括附件4及附件9）予個案，以利該等個案赴醫院接受進一步後續檢查或作為日後影像追蹤參考（服務及資料登錄流程如附件11）。

七、醫院執行本計畫，應參考本署低劑量電腦斷層肺結核指數之肺結核追蹤與處置建議，進行後續檢查追蹤或確診程序，以減少過度診斷情形。

柒、醫院其他應辦事項：

- 一、設立至少1名負責影像判讀之放射線診斷專科醫師、1名負責醫事放射師，督導低劑量電腦斷層掃描儀及其相關之設備與臨床影像品管事宜。
- 二、為避免排擠醫療資源，並提升篩檢效率及品質，辦理醫院應設置肺結核早期偵測諮詢電話、協助預約掛號之網站或人員等配套，並依據其行政及檢查流程，規劃該院LDCT篩檢及追蹤綠色通道。例如：設置肺結核篩檢及追蹤之專門門診、安排受檢者於健檢中心檢查、指定特定CT作為LDCT檢查之用、協助疑似異常個案即時掛號門診並安排門診序號以減少等候、協助疑似異常個案能依指引準時接受追蹤LDCT檢查等。相關綠色通道規劃作法請填列於附件2醫院資格審查申請表。
- 三、應請個案填列及簽署國民健康署肺結核早期偵測計畫「個案同意書」、「父母、子女或兄弟姊妹曾患有肺結核聲明書」、「具重度吸菸史聲明書」，並應詳實記載「檢查紀錄結果表單」、「疑似異常個案追蹤表」。

核。若非審查通過辦理醫院、服務對象資格不符、未完成完整資料登錄，皆不予以補助。核付清單將函送中央健康保險署，並預撥經費，再由中央健康保險署依國民健康署所送核付清單代為撥付低劑量電腦斷層檢查服務費予特約醫事機構。

四、辦理計畫醫院若對所收到之費用有疑慮，請先上「肺結核早期偵測追蹤管理系統」查詢，若有誤或漏簿，請依國民健康署通知之補正期間於系統登錄或補正，未於補正期間登錄或補正者將不核付肺結核早期偵測計畫服務費用。

五、加強篩檢疑似異常民眾追蹤：辦理肺結核早期偵測計畫之醫院，其篩檢疑似異常個案追蹤完成率未達標準者，得依下表規定核扣當年度篩檢費用：

(一)計算方式

3個月內篩檢疑似異常個案追蹤完成率	當年度總補助篩檢金額
70% ≤ 追蹤完成率 < 75%	-5%
65% ≤ 追蹤完成率 < 70%	-10%
60% ≤ 追蹤完成率 < 65%	-15%
追蹤完成率 < 60%	-20%

(二)篩檢疑似異常個案數以健康署「肺結核早期偵測追蹤管理系統」資料庫數據進行統計，計算期間為當年度1月1日至12月31日。

(三)3個月內篩檢疑似異常個案追蹤完成率=

3個月內篩檢疑似異常個案追蹤完成人數 / 3個月內篩檢疑似異常個案總數 × 100%

(四)前項計算方式之分子為胸腔科醫師評估結果為「需之前影像對照。或攝影品質不佳，應重作低劑量電腦斷層檢查」之個案，經追蹤後有重作之人數、「需進行確診程序」（含CT等檢查後，經評估需進行確診程序者）之個案接受後續確診或手術人數；追蹤、確診或手術於本院或他院進行均列入計算。

(五)完成追蹤之定義：「需之前影像對照。或攝影品質不佳，應重作低劑量電腦斷層檢查」之個案須於LDCT篩檢日起60個日曆天(含)內重作檢查；「需進行確診程序」（含CT等檢查後，經評估需進行確診程序者）之個案須於胸腔科醫師評估日起90個日

書」，並應詳實記載「檢查紀錄結果表單」、「疑似異常個案追蹤表」。

四、請核對資料無誤後，於提供LDCT檢查之1週內將「檢查紀錄結果表單」之個案基本及臨床資料登錄至「肺結核早期偵測追蹤管理系統」。製作LDCT檢查判讀報告後，應於檢查後6週內安排個案回胸腔科或胸腔外科門診看報告，並於提供檢查之次月20日前將「檢查紀錄結果表單」之檢查結果及「疑似異常個案追蹤表」之胸腔專科醫師評估結果登錄至前揭系統。（例如7月底檢查資料請於9月20日前完成登錄至系統）。後續進行LDCT追蹤或確診後，應於追蹤或確診後次月20日前將追蹤或確診結果登錄至前揭系統（服務及資料登錄流程如附件11）。

五、應依醫療法規定妥善保存低劑量電腦斷層攝影影像及篩檢相關表單至少7年，民眾後續於同機構追蹤或定期篩檢之結果，應與舊片比較，以提升影像判讀準確性。

六、醫院應配合本署推動低劑量胸部電腦斷層檢查相關業務，例如配合本署辦理抽片複閱、審查程序、查核或輔導等，並依本署規範，完成相關教育訓練，或參與相關說明會、研討會或討論會。

七、建議各辦理計畫醫院（及合作之癌症診療品質認證醫院）可組成合作網絡，以協助個案在篩檢、追蹤、確診、治療間之轉介，並有利於填報資料之可取得性、正確性及完整性。

捌、附則：

一、醫院辦理本計畫，應以明顯方式標示所提供之服務項目及補助經費來源：「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利補助款」。

二、醫院辦理本計畫，應與服務對象充分溝通並盡善盡美之責，如經醫院查核發現健保卡與服務對象不符、服務對象資格舉證不實、未簽署個案同意書、所需之聲明書及相關表單，或其他不符合本服務規定之情事時，醫院不得向本署申報費用。

三、本計畫經費來源由國民健康署預算支應，不列入健保總額預算。健康署將依據各院於「肺結核早期偵測追蹤管理系統」申報之資料，每月結算3個月前各辦理醫院提供LDCT檢查之次數及補助金額，並完成檢

層天(含)內完成確診。另，篩檢疑似異常個案中經胸腔科醫師評估為「3個月後檢查追蹤」或「6個月後檢查追蹤」的個案則分別處於LDCT篩檢日起120、210個日曆天(含)內完成追蹤。

六、醫院辦理本計畫，經查有費用申報不實，費用申報與病歷記載或服務提供不符，服務對象資格不符或未簽署個案同意書、所需之聲明書及相關表單，未記載、登錄檢查紀錄結果等各項文件表單或內容虛偽不實，因未查詢或未登錄個案資料致2年內重複提供服務，或有不正當方法招攬服務對象之情事或其他違反醫療相關法規者，本署不予核付費用，並追扣已核付之費用。

七、醫院辦理本計畫，經查有下列情形，且經輔導未改善或嚴重者，將視狀況執行退場機制，限制1年內不得辦理本計畫：

(一)費用申報不實。例如：費用申報與病歷記載或實際提供服務情形不符等。

(二)未如實記載及填報系統。例如：未完整調查民眾資料而隨意填報系統者；實際執行之儀器/人員與系統填報不同；未依實際調查/判讀/評估/追蹤/確診結果而填報系統者；未如實邀約民眾回診，即於系統填報聯繫3次未到；對於調查後仍有吸菸民眾卻勾選未吸菸，或未依吸菸個案實際接受戒菸服務情形而填報；系統填報內容與相關表單或院內紀錄不一致等。

(四)未依本計畫規範執行。例如：未進行LDCT衛教及知情同意；未對仍在吸菸之LDCT受檢者提供戒菸服務或確認其接受戒菸服務情形；於排檢或檢查當日對民眾收取掛號費等額外費用；未依規定於LDCT檢查後6週內寄送書面報告/提供Modified Lung-RADS Category 1, 2民眾篩檢結果等。

(五)品質監測指標、抽片複閱結果顯著異常，經輔導未改善者。

(六)經費地輔導訪查，品質不佳或有明顯缺失者，未在期限內提出改善計畫，或改善計畫未獲委員同意者。

(七)有不正當方法招攬服務對象之情事或其他違反醫療相關法規者。

八、基於個人資料保護及資訊安全，舉凡個人資料，醫院及醫院之受僱人

必須遵守個人資料保護法及其施行細則規定等相關法令，對所有個案資料負完全且永久保密責任。醫院應落實保密及內控機制，並自行監督。醫院蒐集、處理或利用個人資料者，應於執行本計畫範圍、期間內為之；若違反資訊安全、個人資料保護法等相關規定，應由醫院自負相關法律責任。

九、醫院如與受檢者發生醫療糾紛，應由醫院自行負責。

國民健康署肺癌早期偵測計畫 醫院資格審查原則

- 一、衛生福利部國民健康署（以下簡稱本署）為辦理高風險族群之肺癌早期偵測計畫醫院資格審查，特訂定本原則。
- 二、符合以下資格之醫院得申請本署資格審查：
 - (一) 為健保特約醫療院所之醫院層級機構，且建議應為本署「癌症診療品質認證醫院」。如該醫院非本署「癌症診療品質認證醫院」，則該醫院須與鄰近或合作之「癌症診療品質認證醫院」至少 1 家簽訂合作意向書，以協助篩檢結果異常個案接受後續確診。
 - (二) 能提供 64 切以上(含)且切片厚度在 1.25 mm 以下(含)之低劑量電腦斷層掃描檢查，並有適當之切片螢幕與工作站等相關儀器及儲存設備。影像檔以 DICOM（醫療影像傳輸標準）檔案類型儲存。
 - (三) 應有放射診斷專科醫師、醫事放射師、胸腔內外科醫師、具醫事人員證書之個案管理師、相關科別之專科醫師或醫事人員等組成肺癌多專科團隊。非癌症診療品質認證醫院，得以合作醫院之多專科團隊代之，惟仍需具有放射診斷專科醫師、醫事放射師、胸腔內科或胸腔外科醫師、個案管理師。
 - (四) 依「遊離輻射防護法」規定，具電腦斷層掃描儀醫療曝露品質保證專業人員。
- 三、符合前點資格者，得檢附下列文件一式三份，併同正式公文，以掛號函寄或親送至本署，向本署申請資格審查：
 - (一) 申請表（格式如附件 2，請附紙本及電子檔）。
 - (二) 衛生福利部核發之開業執照影本。
 - (三) 辦理本計畫之影像判讀醫師、醫事放射師、胸腔內外科醫師、個案管理師及多專科團隊名單（免檢附證明）：
 1. 低劑量電腦斷層攝影影像判讀醫師：具中華民國放射診斷專科醫師證書（得以兼任或支援報備方式辦理），對於胸腔電腦斷層影像有一定判讀經驗（取得放射診斷專科醫師證書後，於近 12 個月內完成判讀胸腔電腦斷層影像 1,000 例以上尤佳）。
 2. 低劑量電腦斷層攝影醫事放射師：具中華民國醫事放射師證書，執業登記場所為該醫院，對於執行低劑量電腦斷層攝影業務有一定判

9

10

讀經驗（近 2 年獨立完成 100 例胸部電腦斷層攝影，其中 LDCT 攝影 10 例以上尤佳）。

3. 胸腔內外科醫師：具中華民國內科或外科專科醫師證書（得以兼任或支援報備方式辦理）。
4. 個案管理師：具醫事人員證書，執業登記場所為該醫院。
5. 多專科團隊名單等其他人員：請依附件 2 申請表格式填列相關資訊。
- (四) 低劑量電腦斷層掃描儀醫療曝露品質保證專業人員：行政院原子能委員會核發之「輻射醫療曝露品質保證組織」及品質保證專業人員相關證明文件影本。
- (五) 電腦斷層攝影儀器：參與本計畫之所有電腦斷層掃描儀須符合 64 切以上，並檢附以下文件：
 1. 儀器廠牌、型號、醫療器材許可證字號及有效日期（可至食品藥物管理署網站[http://www.fda.gov.tw/MLMS]查詢）。
 2. 行政院原子能委員會核發之「可發生游離輻射設備登記證明」及最近一次「診斷用電腦斷層掃描儀輻射醫療曝露品質保證作業檢查結果」文件影本。
 3. 通過美國食品暨藥物管理局（Food and Drug Administration, FDA）核可之電腦斷層掃描儀，請檢附通過美國 FDA 相關證明文件影本。
- (六) 若醫院非本署公告之「癌症診療品質認證醫院」（相關名單公佈於國民健康署網頁[www.hpa.gov.tw]）者，須檢附下列資料：
 1. 與鄰近或合作之上述醫院至少 1 家簽訂合作意向書。
 2. 低劑量電腦斷層攝影疑似異常個案後續轉介、資料回報流程。

四、資格審查由本署為之，必要時得聘請專家或委託相關單位辦理；通過資格審查並經本署公告者，始得辦理本計畫。

五、執行低劑量電腦斷層攝影之醫事放射師、執行影像判讀之放射線診斷專科醫師，以及所使用之電腦斷層掃描儀皆應經本署審查通過，若由非本署審查通過之醫事人員或儀器執行本計畫，將不予給付費用。

六、影像判讀醫師（含負責判讀醫師）、醫事放射師（含負責放射師）、低劑量電腦斷層掃描儀及合作之「癌症診療品質認證醫院」異動時，應於異動日起 15 日內以書面向本署(或本署委託單位)報備（相關表單請至本署網頁[www.hpa.gov.tw]下載），如因異動導致無合格人員、儀器或合作醫院時，應於異動日起停辦，並應於 2 個月內將遞補人員、儀器或合作醫院

資料函送本署(或本署委託單位)，於審查通過後，始得繼續辦理。

七、通過資格審查之醫院有以下情形之一者，本署得取消其資格：

- (一) 無合格之工作人員、儀器或合作醫院，或申報不實者。
- (二) 未依規定配合申報低劑量電腦斷層攝影個案資料及報備工作人員、儀器及合作醫院異動。
- (三) 未依規範進行篩檢且情節嚴重者。

國民健康署肺癌早期偵測計畫
醫院資格審查申請表

一、送件資料檢核表：

送審資料		已備 (打)	未備 (打)
公文			
申請表	紙本		
	電子檔 (光碟)		
衛生局核發之開業執照影本			
醫療曝露行政院原子能委員會核發之「輻射醫療曝露品質保證組織」及品質保證保證專業人員相關證明文件影本			
低劑量電腦斷層掃描攝影機註冊證書影本			
腦斷層攝影機註冊證書影本			
證明文件最近一次「診斷用電腦斷層掃描攝影機註冊醫療曝露品質保證作業檢查結果」文件影本			
檢附通過美國 FDA 相關證明文件影本			
申請醫院未具備醫療曝露品質保證資格			
1. 與鄰近或合作之「癌症診療品質保證醫院」醫院至少 1 家簽訂之合作意向書			
2. 低劑量電腦斷層攝影機疑似異常個案後續轉介、資料回報流程			
醫院未通過資格審查者，再次申請時需檢附改善計畫			

以上資料，除公文、申請表電子檔外，其餘請備妥一式 3 份，註明「肺癌早期偵測計畫醫院資格審查申請文件」寄至：10341 臺北市大同區塔城街 36 號，國民健康署癌症防治組 黃先生收，聯絡電話：(02) 2522-0888 轉分機 897, 896, 898

二、以下由申請單位及合作醫療機構填寫：

首次申請

再次申請 (須一併附上改善計畫)

(一) 申請單位基本資料表：

申請單位	全名：		
醫事機構代碼			
醫院負責人	姓名：		
地址	姓名		電話
	e-mail		傳真
聯絡人	姓名		電話
	e-mail		
負責影像判讀醫師	姓名		電話
	e-mail		
負責放射師	姓名		電話
	e-mail		

(如有合作醫院，請逐一填列，並附合作意向書影本)

合作醫院	全名：		
醫事機構代碼			
醫院負責人	姓名：		
地址	姓名		電話
	e-mail		傳真
聯絡人	姓名		電話
	e-mail		

合作醫院	全名：		
醫事機構代碼			
醫院負責人	姓名：		
地址	姓名		電話
	e-mail		傳真
聯絡人	姓名		電話
	e-mail		

(二) 申請單位目前之工作人員人數、儀器量及去年的檢查數量：

項目	胸腔電腦斷層攝影機判讀醫師	電腦斷層攝影機放射師	醫療曝露品質保證專業人員	電腦斷層攝影機數	去年向健保署申報之胸腔電腦斷層攝影檢查數量
數量			非年度： 年度：		

(三) 工作人員之基本資料：

請將工作人員之資料填於下表，若表格不夠請自行影印或複製欄位填寫。

1. 低劑量電腦斷層攝影機判讀醫師：

編號： (編號由 1 號起，請自行填寫)

姓名	職稱	性別	出生年月日
			民國 年 月 日
身分證字號	醫師證書字號	專科醫師證書字號	
到職日：民國 年 月 日			
從事低劑量電腦斷層攝影機判讀年數： 年			
12 個月內完成判讀胸腔電腦斷層影像 例			

編號： ;

姓名	職稱	性別	出生年月日
			民國 年 月 日
身分證字號	醫師證書字號	專科醫師證書字號	
到職日：民國 年 月 日			
從事低劑量電腦斷層攝影機判讀年數： 年			
12 個月內完成判讀胸腔電腦斷層影像 例			

編號： ;

姓名	職稱	性別	出生年月日
			民國 年 月 日
身分證字號	醫師證書字號	專科醫師證書字號	
到職日：民國 年 月 日			
從事低劑量電腦斷層攝影機判讀年數： 年			
12 個月內完成判讀胸腔電腦斷層影像 例			

2. 低劑量電腦斷層攝影機放射師：

編號： (編號由 1 號起，請自行填寫)

姓名	職稱	性別	出生年月日
			民國 年 月 日
身分證字號	醫事放射師 (士) 證書字號		
到職日：民國 年 月 日			
從事低劑量電腦斷層攝影機年數： 年			
近 2 年獨立完成 例胸部電腦斷層 (其中含 例 LDCT)			

編號： ;

姓名	職稱	性別	出生年月日
			民國 年 月 日
身分證字號	醫事放射師 (士) 證書字號		
到職日：民國 年 月 日			
從事低劑量電腦斷層攝影機年數： 年			
近 2 年獨立完成 例胸部電腦斷層 (其中含 例 LDCT)			

編號： ;

姓名	職稱	性別	出生年月日
			民國 年 月 日
身分證字號	醫事放射師 (士) 證書字號		
到職日：民國 年 月 日			
從事低劑量電腦斷層攝影機年數： 年			
近 2 年獨立完成 例胸部電腦斷層 (其中含 例 LDCT)			

3. 胸腔內外科醫師：

姓名	職稱	身分證字號	醫師證書字號	專科醫師證書字號

4. 其他團隊人員

姓名	身分證字號	職稱 <input type="checkbox"/> 個案管理師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 其他:	單位/科別	工作內容(可複選) <input type="checkbox"/> 個案管理 <input type="checkbox"/> 衛教知情同意 <input type="checkbox"/> 其他:	醫師證書字號 醫事人員證書字號

5. 低劑量電腦斷層攝影儀器醫療曝露品質保證專業人員(請附行政院原子能委員會核發之「輻射醫療曝露品質保證組織」及品質保證專業人員相關證明文件影本)。

(四) 低劑量電腦斷層攝影篩檢儀器資料:

每台低劑量電腦斷層攝影儀器須填妥以下資料(若表格不夠請自行影印填寫)

編號: ; (編號由1號起, 請自行填寫)

項目	填寫處
廠牌(製造商)	
型號	
切數	
TFDA 許可證字號	例: 衛部醫器陸輸字第_____號
原能會登記備查號碼	例: 登設字第_____號
製造日期	
序號	

編號: ; (編號由1號起, 請自行填寫)

項目	填寫處
廠牌(製造商)	

基本資料	型號	切數	TFDA 許可證字號	原能會登記備查號碼	製造日期	序號
			例: 衛部醫器陸輸字第_____號	例: 登設字第_____號		

(五) 改善說明文件:

曾經申請資格審查未通過或被取消資格者, 申請時請一併附上已改善之證明文件(非上述情況者免附)。

(六) 臨床影像評估:

影像評估標準如下表:

項目	條件	各項目均需符合“是”
1. 擺位技術	掃描視野(scanning field of view, SFOV)大小合適於胸廓。	是 否
	只需包含肺臟, 不需包含腎上腺, 以減少輻射曝露劑量。	是 否
	儘可能使受檢者雙手上舉, 且無體外干擾物造成假影。	是 否
	受檢者有儘可能良好的閉氣, 無吸氣不足的狀況。	是 否
2. 影像的重組(reconstruction)	重組成連續不重疊的厚切(slice thickness 5mm)及薄切(slice thickness ≤1.25mm)之軸向(axial)切面影像共2組。	是 否
	顯示視野(displaying field of view, DFOV)包含所有的肺部組織在影像內, 沒有遺漏。	是 否
	建議額外項目: 可增加冠狀(coronal)/矢狀(sagittal)重組影像(重組影像厚度建議≤3 mm) 可增加軸向(axial)之最高強度投影影像(MIP, maximum intensity projection) 5 mm 之重建影像。	
3. 曝露(exposure)技術		

國民健康署肺癌早期偵測計畫 個案同意書

我是否有下列任一狀況:

- 有; 無 我過去2年內是否曾接受過本計畫服務?
- 有; 無 我目前是否有懷孕?
- 有; 無 我過去12個月內有無接受過胸部電腦斷層檢查?
- 有; 無 我是否得過肺癌?
- 有; 無 我過去1個月內是否有不明原因之咳血, 或明顯可疑肺腫瘍灶?
- 有; 無 我過去1年內是否有不明原因體重減輕超過6公斤?

若有醫療上的需要, 我 可以; 不可以 接受胸腔穿刺或手術。

本人於親看衛教資訊後, 在醫事人員的輔助及解說下, 確認已經知道有關低劑量胸部電腦斷層檢查之優點及可能風險, 並同意下列事項:

- 我知道低劑量胸部電腦斷層檢查, 對於重度吸菸者, 可降低肺癌死亡率達20%以上, 但對於非高風險者, 其效益證據尚不明確。
- 我知道低劑量胸部電腦斷層檢查可發現早期肺癌, 但仍有一部分肺癌無法有效偵測, 且有新發肺癌的可能性, 所以即使檢查結果正常, 在下次定期檢查前, 如有發現異狀, 仍應儘速就醫。
- 我知道接受低劑量胸部電腦斷層檢查後, 發現結節的比例很高(約2/3), 但多數(約95%)為良性結節, 將配合醫師建議持續定期追蹤(頻率視檢查結果而定, 可能為每年、每2-5年, 或更頻繁), 以觀察結節有無新增或變化情形。惟若屬風險較高之結節, 將請胸科醫師評估後進行確診程序。
- 我知道低劑量胸部電腦斷層檢查並不能預防肺癌的發生, 吸菸者不應將肺篩檢做為戒菸的替代選擇, 若我目前有吸菸情形, 我同意接受戒菸服務。
- 我知道本計畫為每2年1次低劑量電腦斷層檢查, 若我2年內(以年份檢核)曾接受本計畫服務, 我同意自費負擔篩檢費用。
- 我知道檢查後如疑似異常, 應回診看報告, 如無顯著異常或發現惰性結節, 報告將採寄遞方式。
- 我知道比較歷次影像有助於提升影像判讀準確性, 本人同意將歷次肺部電腦斷層等影像上傳, 並供不同醫院或醫師於看診或判讀報告時查詢, 以綜整判斷結節變化及風險。亦同意將其進行後續相關分析及研究之用。

CT 體積劑量指標(Volume CT dose index, CTDIvol)小於 3.0 mGy (在平均體型受檢者 170cm/70kg, BMI 24kg/m ²)。	是 否
建議額外項目: 可使用自動曝露調控(AEC, automatic exposure control)或疊代重組(IR, iterative reconstruction)以降低輻射曝露劑量。	
4. 影像標籤(labeling)	
影像上必須記錄永久性識別標籤, 包括低劑量電腦斷層掃描儀型號、醫院名稱、受檢者姓名、性別、身分證號或病歷號、年齡或出生年月日、檢查日期及時間。	是 否
影像有正確連續的 SE/IM 序列標數編號以供位置指引。	是 否

(七) 綠色通道規劃:

整體說明				
醫院名稱	諮詢專線	預估掛檢時間(日數)	醫院報到處	檢查後多久提供報告
其他綠色通道作法及說明				
項目	說明			
1	(下列各項, 請依貴院行政及檢查流程, 規劃貴院 LDCT 篩檢及追蹤綠色通道作法規劃說明)			
2				
3				

個案資料運用說明：您檢查過程的相關檢查資料(包括問卷資料、檢查影像、結果及後續定期追蹤就醫資料等)...

國民健康署肺癌早期偵測計畫 檢查紀錄結果表單

支付方式：☐預防保健；☐健保醫療給付；☐其他公務預算補助；☐自費健康檢查；☐其他

個人基本資料 (受檢者填寫)
姓名, 性別, 身分證統一編號, 聯絡資訊, 出生日期, 現居地址, 教育程度, 其他資訊, 肺病相關疾病史, 家族史, 吸菸史及二手菸, 油煙暴露, 職業暴露

我已清楚瞭解上述說明, 同意接受本服務並同意將相關資料(含問卷資料、檢查影像、檢查結果、後續定期追蹤就醫資料等)作為統計分析、政策評估、查詢及追蹤管理使用...

醫院對民眾進行衛教及知情同意人員:
☐已至「肺癌早期偵測計畫追蹤管理系統」查詢民眾無2年內接受肺癌早期偵測計畫服務之情形。

檢查結果 (攝影醫院填寫)
醫院名稱, 攝影日期, 醫學放射師, CT偵查數字, 判讀日期, 判讀醫師, LDCT Quality, CTDvol, Lung nodule findings related to cancer screening, Lung nodule 1, Lung nodule 2, Lung nodule 3, Lung nodules else, The pattern of lung nodules has the higher probability of metastases

Other Lung Findings (選擇)
Emphysema, Bronchiectasis, Bronchitis/bronchiolitis, Tree-in-bud pattern, Centrilobular nodules, Old pulmonary TB, Other Findings (選擇), Overall recommendation, Modified Lung-RADS, Category 0, Category 1, Category 2, Category 3, Category 4A, Category 4B/4X, Category S, 請至門診就診

國民健康署肺癌早期偵測計畫
父母、子女或兄弟姊妹曾患有肺癌聲明書

立聲明書人_____ (以下簡稱本人)，目前年齡_____歲，因為_____之原因，無法出具血親曾患有肺癌之診斷證明與其親屬關係相關文件，茲聲明我的 父母親； 兒女； 兄弟姊妹 曾患有肺癌，該名親屬姓名為_____，出生日期：_____年_____月_____日，身分證統一編號：_____ (民國 38 年以前(含)出生，得不提供 ID)。本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名：_____ (簽章)

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：

中華民國_____年_____月_____日

備註：本資料請醫院留存於病歷中。

25

國民健康署肺癌早期偵測計畫
具排除狀況聲明書

立聲明書人_____ (以下簡稱本人)，雖然有下列情形：

- 過去 1 個月內有不明原因之咳血。
- 過去 1 個月內的胸部 X 光檢查顯示有明顯可疑肺癌病灶。
- 過去 1 年內有不明原因之體重減輕超過 6 公斤。

但經_____醫院_____醫師評估，認為非疑似肺癌情形，且本人狀況能接受低劑量電腦斷層肺癌篩檢 (醫師診斷或評估結果如附件)。

本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名：_____ (簽章)

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：

中華民國_____年_____月_____日

備註：本資料請醫院留存於病歷中。

27

國民健康署肺癌早期偵測計畫
具重度吸菸史聲明書

立聲明書人_____ (以下簡稱本人)，目前年齡_____歲，仍在吸菸或曾經吸菸 (已經戒菸_____年)；有在吸菸時，平均每天抽_____包 (20 支/包)，吸菸期間共_____年，吸菸史達_____包-年，符合健康署肺癌早期偵測計畫之資格。本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名：_____ (簽章)

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：

中華民國_____年_____月_____日

備註：本資料請醫院留存於病歷中。

26

國民健康署肺癌早期偵測計畫
低劑量胸部電腦斷層檢查標準化規範

- 一、電腦斷層之硬體設備：使用 64 切或此規格以上之電腦斷層掃描儀。
- 二、掃描及重組技術：
 - (一) 受檢者在檢查時需吸飽氣後閉氣完成檢查。
 - (二) 掃描範圍(scan area)：依定位影像由肺尖掃描至肺部後下緣下，不需包含腎上腺，以降低輻射曝露劑量。
 - (三) 掃描參數設定建議：kVp: 100-120；mAs: 20-50-mAs (BMI ≤ 30)；若 BMI > 30，可調高 mAs。建議開啟自動曝露控制(automatic exposure control, AEC)或疊代重組演算(iterative reconstruction algorithm, IR)，以降低輻射曝露劑量。
 - (四) CT 影像重組設定：
 1. 建議使用標準設定，即 soft tissue 或 standard kernel。
 2. 影像規格：軸向(axial)切面厚度 ≤ 1.25 mm 1 組，及 5 mm 切面厚度 1 組。
 3. 其他建議：可增加冠狀(coronal)/矢狀(sagittal) 重組影像 (重組影像厚度建議 ≤ 3 mm)，或可增加軸向(axial)之最高強度投影影像(MIP, Maximum Intensity Projection) 5 mm 之重建影像。
 - (五) 判讀 W/L (window width & window level)：
 1. Lung window (W/L) → 1600/-550 (1400 to 1600 / -350 to -600 HU)。
 2. Mediastinum window (W/L) → 450/40 (400 to 500 / 35 to 45 HU)。
 3. 量測病灶大小時使用 lung window 測量平均直徑(average diameter)至小數後第 1 位(單位為 mm)。
 - (六) 輻射劑量的數值 (CT 體積劑量指標，Volume CT dose index, CTDIvol) 需呈現於 Dose report 中，並符合 CTDIvol ≤ 3 mGy (標準體型受檢者 170 cm/70kg, BMI 24 kg/m²)。

28

國民健康署肺癌早期偵測計畫 民眾初檢報告格式 (參考模
板)

先生/小姐 您好：

您於○年○月○日於○○○○○醫院進行的低劑量胸部電腦斷層肺
癌篩檢：

本篩檢檢查結果為：○○○○。建議：○○○○○○○○。

其他發現：有其他異常。建議：請您至門診評估

(備註：本項僅需於有勾選「有其他異常(對應 Modified Lung-RADS Category S)」時顯示，
若無勾選，請刪除本項)

提醒您：

(一) 電腦斷層篩檢結果有異常結節或有結節但可能為良性不代表您
有肺癌，應做進一步的追蹤或檢查。

(二) 電腦斷層篩檢結果無異常結節或有良性/惰性徵象的結節也不
代表您沒有肺癌，應注意自身症狀，並定期接受篩檢。

若您有其他疑問，也歡迎您和本院○○○○○○○聯繫

電話：○○-○○○○○○○○

國民健康署提供參與此計畫者每 2 年定期低劑量電腦斷層檢查

本檢查由衛生福利部國民健康署運用藥品健康福利補助時

民眾報告 內容選項 (參考模板)

Table with 3 columns: 低劑量電腦斷層肺癌篩檢檢查結果, 對應 Modified Lung-RADS, 建議. Rows include categories like 無法判讀, 無異常結節, 有良性或惰性徵象的結節, 有結節但可能為良性, 有異常結節, 有其他異常.

備註：本頁為民眾初檢報告之選項(參考模板)，請依據放射科醫師報告勾選之
Modified Lung-RADS Category，於民眾初檢報告提供相關建議，貴院得視需
求補充相關敘述。

本檢查由衛生福利部國民健康署運用藥品健康福利補助時

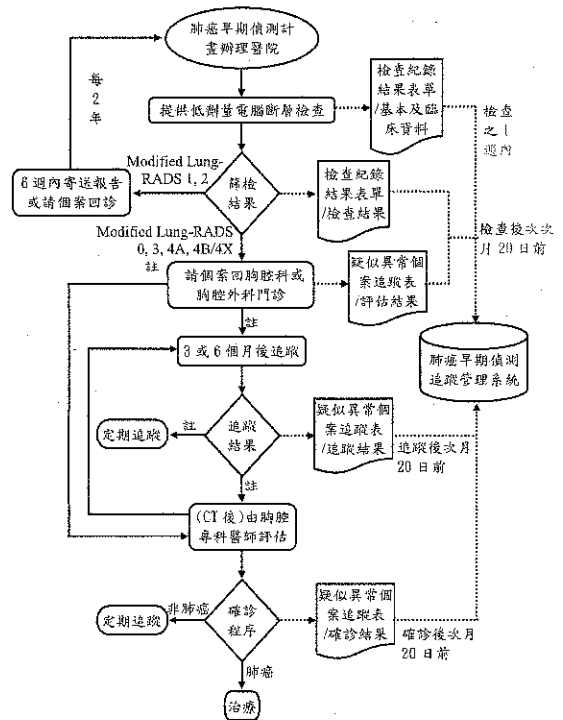
【附件 10】

國民健康署肺癌早期偵測計畫疑似異常個案追蹤表

Form for tracking suspected abnormal cases. Includes fields for patient name, birth date, address, hospital name, screening date, Modified Lung-RADS Category, and follow-up details.

國民健康署肺癌早期偵測計畫
服務及資料登錄流程

【附件 11】



註：請參考國民健康署低劑量電腦斷層肺癌篩檢指引之附錄篩選與處理建議
圖例：——服務流程；……資料傳遞流程