

醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項部分規定修正規定

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。

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二十一。
- （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。

五、醫事服務機構申請辦理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。

六、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，如經醫事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或其他不符合各

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卡，醫事服務機構應循全民健康保險法規定辦理，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。

八、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。

九、醫事服務機構應自提供第二項以外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。

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	應有登記執業之小兒科或家庭醫學科專科醫師。	登記執業之小兒科或家庭醫學科專科醫師。
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，且具經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，且具經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醫療機構」資格審查通過之有接生服務醫療機構。 二、未具健康署「執行新生兒聽力篩檢醫療機構」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菸品健康福利捐補助」。
- 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定後辦理。
- 三、未依附父母健保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、瞳孔、對聲音之反應、唇顎裂、心雜音、疝氣、隱睪、外生殖器、髖關節篩檢。 三、餵食狀況: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:提供嬰兒哺餵、嬰幼兒猝死症候群預防、事故傷害預防或其他衛教指導。 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	二至三個月	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、瞳孔及固視能力、心雜音、肝脾腫大、髖關節篩檢。 三、餵食狀況:餵食方法。 四、發展診察:抬頭、手掌張開、對人微笑。	250
02					一、兒童衛教指導。 二、衛教內容:提供嬰兒哺餵與口腔清潔、嬰幼兒猝死症候群預防、事故傷害預防或其他衛教指導。 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	四至九個月	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、眼位瞳孔及固視能力、髖關節篩檢、疝氣、隱睪、外生殖器、對聲音之反應、心雜音、口腔檢查。 三、餵食狀況:餵食方法、副食品添加。 四、發展診察:翻身、伸手拿東西、對聲音敏銳、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ㄣ、ㄇ音(八至九個月)。	250
03					一、兒童衛教指導。 二、衛教內容:提供嬰兒哺餵、副食品添加、口腔清潔照護、事故傷害預防或其他衛教指導。 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、隱睪、外生殖器、對聲音反應、心雜音、口腔檢查。 三、餵食狀況：固體食物。 四、發展診察：站穩、扶走、手指拿物、聽懂簡單句子。	250
04					一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：提供幼兒哺餵、副食品添加、餵食習慣、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【須做斜弱視檢查之遮蓋測試】、角膜、瞳孔、對聲音反應、口腔檢查。 三、餵食狀況：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、物品取代玩具。	320
05					一、兒童衛教指導。 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、心雜音。 三、發展診察：會跑、脫鞋、拿筆亂畫、說出身體部位名稱。	250
06					一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：提供幼兒飲食習慣、用餐環境、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【得做亂點立體圖】、心雜音、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、說話清楚、辨認形狀或顏色。 ※預防接種是否完整 日常活動是否需要限制，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。	320
07					一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：習慣養成、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：						

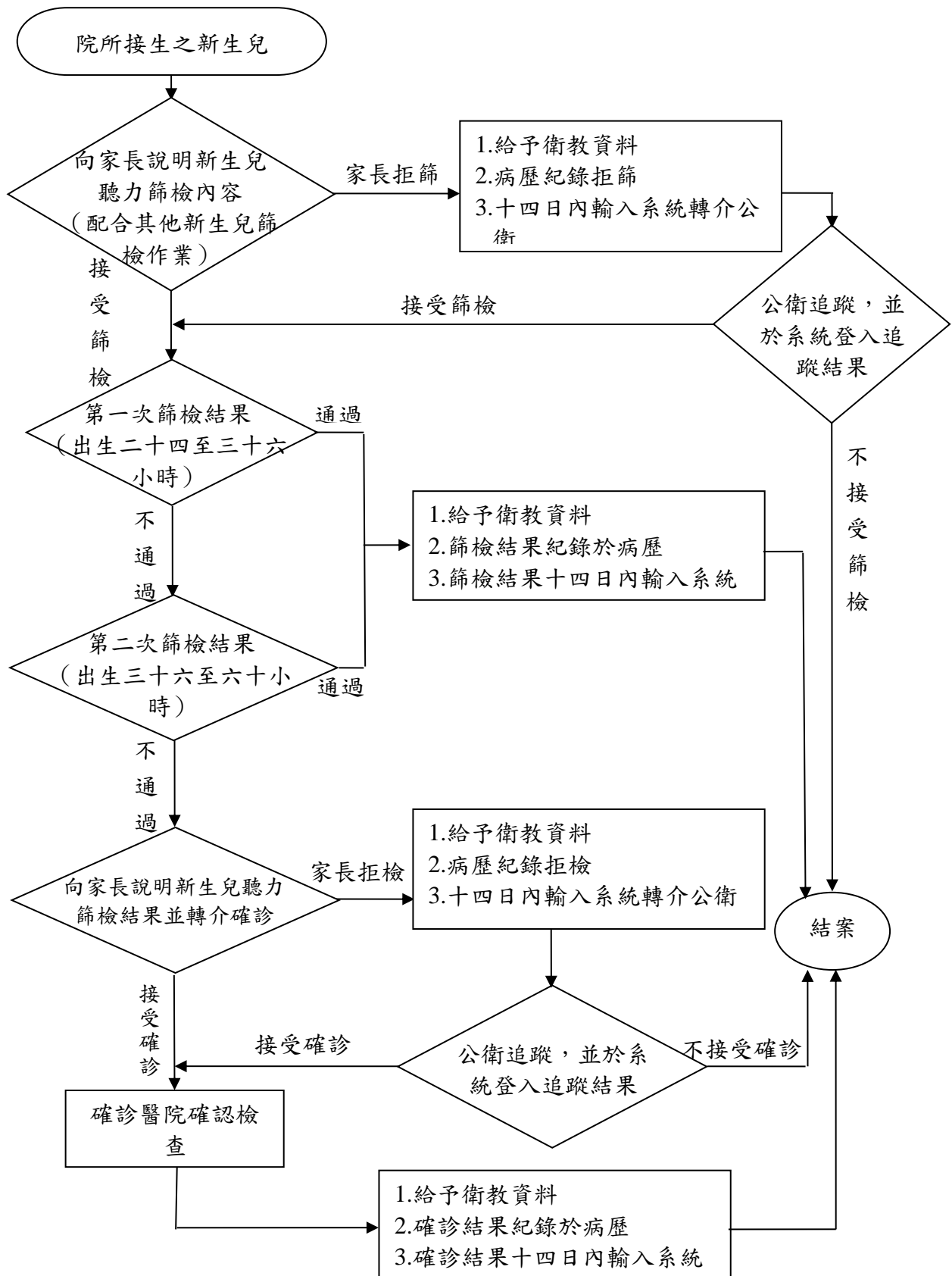
- 一、 新生兒聽力篩檢項目年齡條件：篩檢年月日－出生年月日 \leq 92 天。
- 二、 新生兒聽力篩檢項目作業流程詳附表一之四。
- 三、 新生兒聽力篩檢項目補助金額已含耗材費，醫療機構不得另收耗材費。未具健保身分申領補助費用請另依健康署其他申報作業規定辦理。
- 四、 依據健保署規定出生二個月內未領健保卡之新生兒，得依附母親或父親健保卡辦理新生兒聽力篩檢申報。
- 五、 兒童健康檢查項目修正代碼（16、19、76、79）及就醫序號（IC 16、IC 19、IC 76、IC79），自九十九年二月一日起至九十九年六月三十日止，逾期未申報相關資料或申報之資料不完整、不正確，經通知限期補正，屆期仍未補正者，將只給付原補助額度 250 元（即核扣 70 元）；自九十九年七月一日起，未依規定傳輸資料且未補正者，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，醫院與診所醫令代碼相同皆為（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衛教指導項目之年齡檢核條件如下：
 - （一）醫令代碼 71-73、75： $0 \leq$ 就醫年月-出生年月 \leq 18
 - （二）醫令代碼 76： $18 \leq$ 就醫年月-出生年月 \leq 24
 - （三）醫令代碼 77： $24 \leq$ 就醫年月-出生年月 \leq 36
 - （四）醫令代碼 79： $36 \leq$ 就醫年月-出生年月 \leq 84
- 八、 有關重複受檢檢核條件如下：
 - （一）同身分證統一編號、同出生日期、同醫令代碼、一生限申報一次。依就醫日期排序後，第二筆起視為重複受檢個案；若就醫日期相同，則均視為疑似重複受檢個案。
 - （二）檢核出生至今就醫年齡所有歷次申報資料，皆無違反限申報一次規定。
 - （三）如部分負擔代碼為「903：健保 IC 卡新生兒依附註記方式就醫者」，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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
表單填寫與保存	<p>一、執行新生兒聽力篩檢、兒童健康檢查及兒童衛教指導時，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」確實登載後，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當次檢查項目代碼、就醫序號。</p> <p>二、執行兒童衛教指導時，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。</p> <p>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（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（如附表一之八），傳輸至健康署指定之系統。</p>

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。

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

醫師姓名		專科醫師	<input type="checkbox"/> 小兒科， <input type="checkbox"/> 家醫科
			<input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本
身分證字號 末三碼		訓練證書	<input type="checkbox"/> 附上訓練合格證書影本
醫師姓名		專科醫師	<input type="checkbox"/> 小兒科， <input type="checkbox"/> 家醫科
			<input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本
身分證字號 末三碼		訓練證書	<input type="checkbox"/> 附上訓練合格證書影本
醫師姓名		專科醫師	<input type="checkbox"/> 小兒科， <input type="checkbox"/> 家醫科
			<input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本
身分證字號 末三碼		訓練證書	<input type="checkbox"/> 附上訓練合格證書影本
醫師姓名		專科醫師	<input type="checkbox"/> 小兒科， <input type="checkbox"/> 家醫科
			<input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本
身分證字號 末三碼		訓練證書	<input type="checkbox"/> 附上訓練合格證書影本
醫師姓名		專科醫師	<input type="checkbox"/> 小兒科， <input type="checkbox"/> 家醫科
			<input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本
身分證字號 末三碼		訓練證書	<input type="checkbox"/> 附上訓練合格證書影本
醫師姓名		專科醫師	<input type="checkbox"/> 小兒科， <input type="checkbox"/> 家醫科
			<input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本
身分證字號 末三碼		訓練證書	<input type="checkbox"/> 附上訓練合格證書影本

※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療機構名稱：

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」】

基本資料										
母親姓名	母親身分證字號									
	母親護照號碼 (外籍人士)									
新生兒出生日期	年	月	日	母親聯絡資訊	電話：()					
	手機：									
新生兒性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女									
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓									
新生兒聽力檢查結果										
檢查機構名稱	檢查醫事機構代碼									
第一次檢查日期	年	月	日							
右耳結果	<input type="checkbox"/> 通過 (<40 dBnHL) <input type="checkbox"/> 不通過 (≥40 dBnHL), 須進行第二次篩檢 <input type="checkbox"/> 未篩或拒篩			左耳結果	<input type="checkbox"/> 通過 (<40 dBnHL) <input type="checkbox"/> 不通過 (≥40 dBnHL), 須進行第二次篩檢 <input type="checkbox"/> 未篩或拒篩					
第二次檢查日期	年	月	日							
右耳結果	<input type="checkbox"/> 通過 (<40 dBnHL) <input type="checkbox"/> 不通過 (≥40 dBnHL) <input type="checkbox"/> 未篩或拒篩			左耳結果	<input type="checkbox"/> 通過 (<40 dBnHL) <input type="checkbox"/> 不通過 (≥40 dBnHL) <input type="checkbox"/> 未篩或拒篩					
檢查結果	<input type="checkbox"/> 通過 (<40 dBnHL) <input type="checkbox"/> 不通過 (≥40 dBnHL) <input type="checkbox"/> 不確定：第一次篩檢不通過 (≥40 dBnHL), 未做第二次篩檢 <input type="checkbox"/> 未篩或拒篩									
檢查人員										

備註：

- 一、本紀錄表填方式請參照「新生兒聽力篩檢資料電子檔申報格式」。
- 二、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。
- 三、新生兒聽力檢查結果如第一次篩檢左、右耳皆<40 dBnHL (篩檢儀器設定為 35 dBnHL) 為通過免進行第二次篩檢, 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, 須進行第二次篩檢。
- 四、篩檢疑似異常個案需進行進一步確診, 請依健保署全民健保轉診規定填寫全民健康保險院(所)轉診單。

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	
	現住地址	縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 段 巷 弄 號 樓				
身長/身高	公分 (百分位)	體重	公斤 (百分位)	頭圍	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					
需注意或異常項目	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				
	發展異常題項	<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」、「去拿鞋鞋」。				
		<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、拿梳子梳頭、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：本紀錄表填表方式請參照「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【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		
	現住地址	縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 段 巷 弄 號 樓					
身長 / 身高		公分 (百分位)	體重	公斤 (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					
需注意或異常項目	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					
	發展異常題項	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」、「他」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釦子嗎？							
<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」、「去拿鞋鞋」。							
<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： <input type="checkbox"/> △◇+）嗎？							
特殊記載							
健保卡就醫序號		特約醫事機構代碼					

備註：本紀錄表填表方式請參照「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捐補助」】

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。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	餵奶問題之原因與處理，尤其是母乳哺餵問題。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	寶寶餵食後一小時內，應注意溢吐奶狀況。	
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。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	寶寶出生後三十天仍有黃疸，要帶回院所檢驗。	
4. 預防事故傷害及嬰兒猝死	寶寶睡姿	<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。	
	睡眠環境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	睡眠地方（床鋪）表面須堅實。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	與嬰兒同室但避免同床（含沙發或墊子）。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嬰兒床避免有鬆軟物件或防撞護墊（床圍）。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	一歲以下禁止使用枕頭（即使中間有凹/洞設計的也不行）	
	家人行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	若使用拉起式嬰兒床欄，應注意欄杆墜落、造成寶寶夾傷或窒息，且床欄杆兼具不可以超過六公分。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	保持無菸環境，避免寶寶受二手菸、三手菸的危害。	
	嬰兒搖晃症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。	
	安全照顧行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不要抱著寶寶泡牛奶或拿著熱飲。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	準備寶寶洗澡水，先放冷水再放熱水。	
寶寶外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避免使用機車或自行車搭載寶寶。		
※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捐補助」】

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. 嬰兒哺餵	餵食狀況	<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。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	奶量與餵食頻率，須依寶寶需求餵食。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不要讓寶寶含奶瓶睡覺。	
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	寶寶睡姿	<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。	
	睡眠環境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	一歲以下禁止使用枕頭(即使中間有凹/洞設計的也不行)	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	睡眠地方(床鋪)表面須堅實。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	與嬰兒同室但避免同床(含沙發或墊子)。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嬰兒床避免有鬆軟物件或防撞護墊(床圍)。	
	安全照顧行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	若使用拉起式嬰兒床欄，應注意欄杆墜落、造成寶寶夾傷或窒息，且床欄杆兼具不可以超過六公分。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	避免會劇烈搖晃孩童頭頸之動作或遊戲。		
寶寶外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避免使用機車或自行車搭載寶寶。		
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，請多加運用孕產婦關懷專線 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捐補助」】

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. 嬰兒哺餵	餵食狀況	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。			
	進食習慣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	以新鮮、天然的食品為主，避免含糖飲料。			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不要將大人嚼過的食物餵食寶寶。			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不要讓寶寶含奶瓶睡覺。					
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），幫寶寶潔牙。			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	長乳牙後，每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。			
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。			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家具尖銳角或桌角使用防撞套來保護。			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家中餐桌或茶几上不要鋪桌巾。			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不要抱著寶寶泡牛奶或拿著熱飲。			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避免餵食堅硬固體食物，以防吸入哽塞窒息。			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避免劇烈搖晃孩童頭頸之動作或遊戲。				
	寶寶外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避免使用機車或自行車搭載寶寶。					
※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捐補助」】

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. 幼兒哺餵	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。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。	
	餵食習慣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	讓幼兒少量多嘗試各類食物並多變換烹煮方式。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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瓶。	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	餵食時應讓幼兒坐穩，避免追逐餵食。			
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）潔牙及含氟牙膏。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。	
	視力保健	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。	
3. 預防事故傷害	安全照顧行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	與幼兒同室但避免同床（含沙發或墊子），且幼兒床避免有鬆軟物件或防撞護墊。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避免玩具脫落之附件吸入，或口中含著食物奔跑、嬉戲。	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不讓幼兒玩塑膠袋或爬入密閉箱櫃，易造成窒息。	
		<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。	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不可讓幼兒獨處或託付給未成年者照顧。		
	幼兒外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	幼兒活動範圍要遠離車道。	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	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。		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避免使用機車或自行車搭載寶寶。			
※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捐補助」】

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。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	選擇新鮮、當季的天然食物，烹煮方式以蒸、燉、煮取代煎、炸。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	用餐應固定地點，讓幼兒坐高腳椅，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"/>	餐後及睡前使用牙線（棒）及牙刷沾含氟牙膏潔牙。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	每半年定期看診牙醫及牙齒塗氟。				
	視力保健	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。				
3. 預防事故傷害	安全照顧行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	浴室或浴盆內要設置防滑設備。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	隨時清空儲水容器，避免幼兒不慎栽入。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避免幼兒單獨進入浴室廚房。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	藥品、清潔劑、殺蟲劑、刀剪或其他危險物品，置於高處或鎖在櫥櫃、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。				
	幼兒外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避免會劇烈搖晃孩童頭頸之動作或遊戲。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	開車前先安置幼兒上車，行車時按下兒童安全鎖，停車後由成人協助幼兒下車。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避免使用機車或自行車搭載寶寶。				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	倒車時留意車外幼兒行蹤。					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不可將幼兒單獨留在車內。					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。					

※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捐補助」】

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。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	餐前二小時內不宜提供點心。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	規定合理用餐時間（一般為三十分鐘）。				
	用餐環境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	用餐應固定地點，讓幼兒坐高腳椅，並與家人一起用餐。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	用餐時不要看電視，並固定在餐桌上用餐。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	維持進餐愉悅氣氛，讓幼兒參與餐桌談話。				
2. 口腔與視力保健	口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	餐後及睡前使用含氟牙膏，幫幼兒潔牙，二顆牙齒的臨接面，需使用牙線（棒）清潔。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	每半年定期看診牙醫及牙齒塗氟。				
	視力保健	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。				
3. 預防事故傷害	安全照顧行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	藥品、清潔劑、殺蟲劑或其他危險物品，置於高處或鎖在櫥櫃、抽屜內。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	電器用品應放置平穩不易傾倒，其電線收藏在幼兒無法碰觸或拉動之處。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避免幼兒夾傷，摺疊桌放置在幼兒無法接觸到的地方。				
	幼兒外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	教導幼兒穿越馬路「停看聽」的正確交通行為，且在過馬路時仍應牽住幼兒的手腕。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	避免使用機車或自行車搭載寶寶。				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	務必使用汽車安全座椅，並予以束縛或定位於後座。				
※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菸品健康福利捐補助」】

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. 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。			
		<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"/>	餐後及睡前使用含氟牙膏，幫幼兒潔牙，二顆牙齒的鄰接面，需使用牙線（棒）清潔。							
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					每半年定期看診牙醫及牙齒塗氟。			
	視力保健	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	二歲以上兒童每天看螢幕不要超過一小時。							
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					用眼三十分鐘，休息十分鐘，且避免長時間近距離用眼。			
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。			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	幼兒外出	<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。							
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					使用符合身高體重之兒童安全座椅，固定於後座。			
		<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：

1. 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下列格式輸入醫療機構聯絡資料，俾利回復資料檢核結果。
2. 格式欄位 V 為必填、△為非必填。
3. 英數文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 0）。

醫療機構聯絡資料					
序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	醫院名稱	文字	20	V	全名
2	醫療機構代碼	文字	10	V	
3	聯絡人姓名	文字	10	V	
4	聯絡人電話	文字	20	V	
新生兒聽力篩檢結果資料					
序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	醫療機構代碼	文字	10	V	
2	母親身分證號碼	文字	10	V	國民身分證統一編號，或外籍護照號碼，以大寫半型英數字元輸入。
3	母親病歷號碼	文字	10	△	
4	母親姓名	文字	10	V	
5	母親電話	文字	20	V	
6	母親手機	文字	10	△	聯絡電話與手機擇一必填。
7	新生兒病歷號碼	文字	10	△	
8	新生兒性別	文字	2	V	1：男；2：女。
9	出生日期	文字	8	V	YYYYMMDD
10	現居地址	文字	60	V	
11	坐月子地址	文字	60	△	
12	坐月子電話	文字	20	△	
13	第 1 次篩檢日期	文字	8	V	YYYYMMDD
14	第 1 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
15	第 1 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
16	第 2 次篩檢日期	文字	8	V	YYYYMMDD
17	第 2 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

18	第 2 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
19	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，未做第 2 次篩檢

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。

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，非郵遞區號(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	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	需注意或異常項目-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-外生殖器	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	健保卡就醫序號	X (4)	預防保健請填「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	特約醫事機構代碼	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，請敘明。 中英文字至多鍵入 30 個 BYTES，左靠不足補中文空白 (BIG-5 碼請補滿 30 個 BYTES)。
88	保留欄位	X (30)	預留欄位用。
89	受檢保險對象姓名	X (20)	左靠不足補中文空白 (BIG-5 碼請補滿 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：請特約醫事服務機構參考健保署之「住院醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明」，所訂身分證統一編號欄位之性別檢查原則，該填表說明更新時，本申報格式之性別檢查原則亦隨之更新。
- 二、身分證統一編號檢查原則：請特約醫事服務機構參考健保署「門診醫療服務醫令清單媒體申報格式及填表說明」，該填表說明更新時，本申報格式之身分證統一編號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「需注意或異常項目」相關欄位。
 - (二) 填寫「需注意或異常項目」者，請進一步填寫「需注意或異常項目」之選項 (包括「生長評估」、「身體檢查」及「發展評估」等 3 項)，若有多項需注意或異常項目，請同時填報。
- 四、「建議處置」欄位 (限填寫「需注意或異常項目」者填報)
 - (一) 填寫「建議定期追蹤」者，無須填寫「需注意或異常項目」。
 - (二) 填寫「建議轉介，進一步檢查」者，則依據前一步驟填寫「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」等細項欄位 (其中「頭圍問題」僅限 1 歲 6 個月至 2 歲兒童)，若有多項需注意或異常項目，請同時填報。
 - 2、若填寫「身體檢查」，則須進一步填寫「一般檢查」、「眼睛檢查」、「對聲音反應」、「口腔檢查」等細項欄位，若有多項需注意或異常項目，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」等細項欄位，若有多項需注意或異常項目，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部位有哪些 (若有多項需注意或異常項目，請同時填報)。
- 六、「發展異常題項」欄位 (若有多項需注意或異常項目，請同時填報)
 - (一)「健康署【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≤檢查年月-出生年月≤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)「健康署【三至未滿七歲】兒童健康檢查紀錄結果表單」(適用年齡為 36≤檢查年月-出生年月≤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次兒童健康檢查就醫序號填報方式，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、各項次資料請務必詳實填寫，不符個案受檢年齡之欄位，文字欄位補空白，數字欄位補0，如經檢核有錯誤者，將以退件處理。

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	<p>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。</p> <p>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，並委由前述特約醫療院所判讀結果。</p> <p>三、健康署審查資格通過之母嬰親善醫療機構，始得申報每次產前檢查額外給付母乳衛教指導費用。</p>	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	<p>一、應為辦理產前檢查之特約醫事服務機構。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>二、執行人員應經健康署認可單位所辦理之「孕婦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。</p>
產前乙型鏈球菌篩檢	<p>一、應為辦理產前檢查之特約醫事服務機構。</p> <p>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。</p> <p>三、符合上開資格者，得備齊相關文件向健康署提出申請（申請書如附表二之十七）；經審查通過後成為「孕婦乙型鏈球菌篩檢」之特約醫事服務機構。</p> <p>四、其篩檢檢體應送至經健康署資格審查通過之「孕婦乙型鏈球菌檢驗醫事機構」進行檢驗。（檢查及費用申報作業流程如附表二之十八）</p>	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	<p>一、應為辦理產前檢查之特約醫事服務機構。</p> <p>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。</p>	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：

- 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，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「產前乙型鏈球菌篩檢」此二項目之經費來源應標示「由衛生福利部國

民健康署運用菸品健康福利捐補助」。

- 二、健康署審查資格通過之母嬰親善醫療機構，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。
- 三、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、乙型鏈球菌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			醫療院所	助產所
40	5A	IC40	IC5A	妊娠第一期孕婦(妊娠未滿十三週)	第一次(第八週) 一、例行檢查項目。(註一) 二、流產徵兆、高危險妊娠及孕期營養衛教指導。	340	272
41	5B	IC41	IC5B		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、成癮習慣查詢。 (二)身體檢查：體重、身高、血壓、甲狀腺、乳房、骨盆腔檢查、胸部及腹部檢查。 (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(惟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疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗，該劑疫苗免費。	735 (不含Rubella IgG及HBsAg、HBeAg)	652 (不含Rubella IgG及HBsAg、HBeAg)
42	5C	IC42	IC5C	妊娠第二期孕婦(妊娠十三週至未滿二十九週)	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、早產徵兆及孕期營養衛教指導。	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	妊娠第三期孕婦 (妊娠二十九週以上)	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填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	63	IC40 ~ IC53	IC5A ~ IC5N	母嬰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。 限健康署認證之母嬰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(於第二次孕婦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,可改於第八次孕婦產前檢查接受本項檢查。)(註六)	216	216	
69	70	IC41 、 IC47	IC5B 、 IC5H	HBsAg、HBeAg(於第二次孕婦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,可改於第八次孕婦產前檢查接受本項檢查。)(註七)	450	450	
66	67	IC48 ~ IC51	IC5I ~ IC5L	產前乙型鏈球菌篩檢(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	-	早產住院安胎者住院期間執行孕婦乙型鏈球菌篩檢(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,得由醫師專業醫療判定,提供本項篩檢。 二、因早產而住院並已接受乙型鏈球菌篩檢之孕婦,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婦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婦產檢任一次執行指導。	100	100

備註：

一、產前檢查內容包括：

- (一) 問診內容：本胎不適症狀如出血、腹痛、頭痛、痙攣或其他症狀。
- (二) 身體檢查：體重、血壓、胎心音、胎位、水腫、靜脈曲張。
- (三) 實驗室檢查：尿蛋白、尿糖。

二、經醫療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申報。

三、超音波檢查：

- (一) 醫令代碼60、6A，限併同就醫序號IC40~IC42或IC 5A~5C擇一作申報。
- (二) 醫令代碼61、6B，限併同就醫序號IC43~IC46或IC5D~5G擇一作申報。
- (三) 醫令代碼62、6C，限併同就醫序號IC47~IC53或IC5H~IC5N擇一作申報。

四、貧血檢驗：

- (一) 醫令代碼55、6D，限併同就醫序號IC44~IC45或IC5E~IC5F擇一作申報。
- (二) 於妊娠第24至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。

五、妊娠糖尿病篩檢：

- (一) 醫令代碼56、6E，限併同就醫序號IC44~IC45；IC5E~IC5F擇一作申報。
- (二) 於妊娠第24至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漿葡萄糖測定：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。

六、產檢德國麻疹抗體檢驗：每一孕婦產檢，若於醫療院所產檢，其醫令代碼64須與就醫序號IC41或IC47擇一申報；若於助產所產檢，其醫令代碼65須與就醫序號IC5B或IC5H擇一申報；不得重複申報。未依規定申報者，不予核付該費用。

七、產檢B型肝炎血清標誌檢驗。每一孕婦產檢，若於醫療院所產檢，其醫令代碼69須與就醫序號IC41或IC47擇一申報；若於助產所產檢，其醫令代碼70須與就醫序號IC5B或IC5H擇一申報；不得重複申報。未依規定申報者，不予核付該費用。

八、產前乙型鏈球菌篩檢：醫令代碼66、67，限併同就醫序號IC48~IC51或IC5I~IC5L擇一作申報。

- (一) 早產住院安胎執行者，分開二筆申報，孕婦乙型鏈球菌篩檢費用以68之醫令代碼，就醫序號為IC40~IC47，擇一於門診申報該筆費用。
- (二) 若因早產現象而住院之懷孕婦女在補助孕婦乙型鏈球菌篩檢前，其就醫序號已使用過IC47時，於提供該項篩檢服務後，可依下列方式申報：
 1. 若懷孕週數「已滿三十五週未達三十八週」時，得以66醫令代碼，及擇用IC48~IC51就醫序號，擇一作申報。
 2. 若「懷孕週數未滿三十五週」時，仍可依醫師判斷進行孕婦乙型鏈球菌篩檢，並以68醫令代碼及就醫序號IC47申報該筆費用。

九、低收入戶、中低收入戶、設籍山地原住民地區、離島偏遠地區之產前乙型鏈球菌篩檢，不得再收取差額。另實際收費高於健康署補助金額者(每案新臺幣500元)，須對服務對象作合理說明，並獲得服務對象接受，始得收取差額。

十、有關重複受檢檢核條件如下：

- (一) 醫令代碼40(5A)、41(5B)、60(6A)、64(65)、69(70)、98同院所、同身分證字號、同月或連續二個月皆不得重複申報。
- (二) 醫令代碼42(5C)四個月內不得重複申報。
- (三) 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。
- (四) 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三次以上。
- (五) 醫令代碼54，同院所、同身分證字號七個月內不得重複三次以上。
- (六) 醫令代碼68：同院所、同身分證字號五週內不得重複申報。

十一、性別條件為女性。

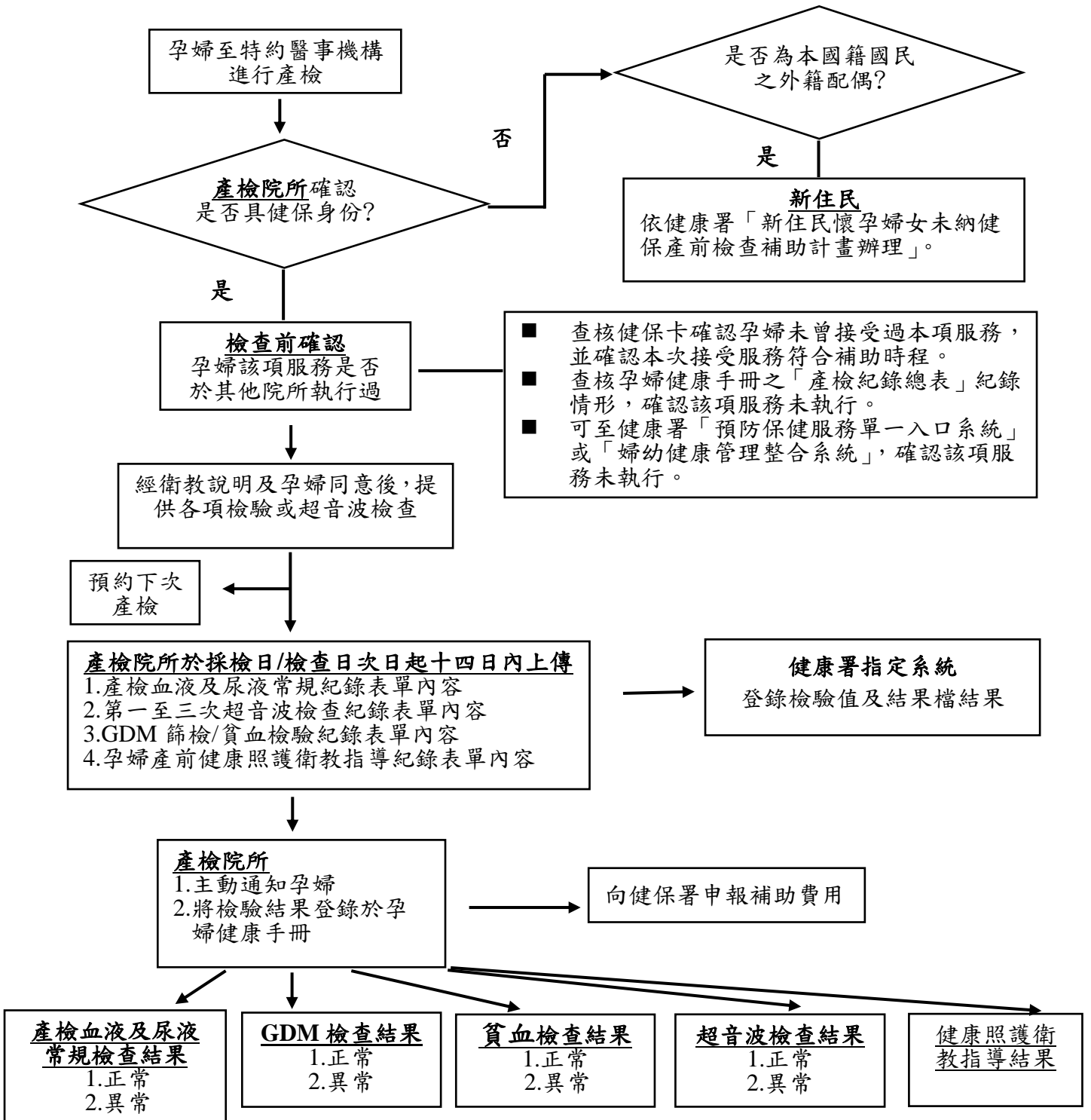
附表二之三 產前檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存

類別	內容
服務對象資格查核	<p>一、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當次產前檢查項目代碼，並於孕婦健康手冊「產前檢查紀錄表」當次產檢欄位核章。</p> <p>二、新住民懷孕婦女未納健保前，接受本款產前檢查、產前健康照護衛教指導、產前乙型鏈球菌篩檢及妊娠糖尿病篩檢及貧血檢驗者，應依健康署「新住民懷孕婦女未納健保產前檢查補助計畫」辦理，由服務對象持所在地之鄉鎮市區衛生所或健康服務中心核發之「產前檢查個案紀錄聯」、「乙型鏈球菌篩檢補助紀錄聯」（含乙型鏈球菌檢查紀錄表）、產前健康照護衛教指導紀錄表及妊娠糖尿病篩檢/貧血檢驗紀錄結果表，配合產前檢查使用，併同孕婦健康手冊，至特約醫事服務機構接受服務。</p>
表單填寫與保存	<p>一、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，且確實登載該次產前檢查紀錄、檢查結果及實驗室檢驗結果。</p> <p>二、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)，務必確認孕婦該項服務是否於其他院所執行過(如附表二之四)。</p> <p>三、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)。</p> <p>四、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)。</p> <p>五、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)，或孕婦自我評估為「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)。</p> <p>六、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(如附表二之十六)。</p> <p>七、特約醫事服務機構辦理產前乙型鏈球菌篩檢者(如附表二之十七、二之十八)，應透過其檢驗部門或委託代檢之檢驗醫事機構，詳實記載「孕婦乙型鏈球菌篩檢檢查結果」(如附表二之十九)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)。</p> <p>八、特約醫事服務機構應充分解說、提供有關產前乙型鏈球菌篩檢之相關重要資訊諮詢，及填寫「孕婦乙型鏈球菌檢查紀錄表」之個案基本資料與檢查資料，並提供本項篩檢服務。</p> <p>九、孕婦(含早產孕婦)經篩檢檢驗確知為乙型鏈球菌陽性時： (一)經醫師評估後，所需之處置及待產時的抗生素醫療費用申報，依現行全民健康保險支付標準、藥價基準及相關申報規定辦理。 (二)特約醫事服務機構應將本項篩檢檢查結果主動告知孕婦，且確實登載於孕婦健康手冊，以供接生院所於懷孕婦女生產前，評估是否需使用預防性抗生素之重要參考。</p> <p>十、經醫療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</p>

	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(如附表二之二十一)，限於妊娠第四十一週或第四十二週申報。
--	---

孕婦各項產前預防保健服務結果登錄上傳流程圖

(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)



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		
	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 村 路 段 巷 號 市 區鎮 里 街 弄 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	產檢院所醫事機構代碼		
檢查日期【註一】	年 月 日	篩檢孕期週數	第 週
身高	公分	體重	公斤
BMI【註二】	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
RH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) <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)尿膽元 <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_____
血球容積比(Hct)	%		
平均紅血球體積(MCV)	fl		
血色素(Hb)	g/dl <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
德國麻疹抗體反應	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <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。

【註二】此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出BMI；若以批次上傳，則本欄為必填欄位。

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：

1. 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)。
2. 格式欄位：V 為必填；△為非必填；☆為條件式
3. 英數文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	(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@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、統一證號或護照號碼	文字	10	V	國民身分證統一編號，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	
9	產檢院所醫事機構代碼	文字	10	V	
10	檢查日期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
11	檢查時之孕期週數	文字	2	V	僅取 2 位整數；如 35 週又 4 天:35
12	身高	數字	3	☆	單位：公分 長度 3(皆為整數) 如序號 15 為 1，本欄必填
13	體重	數字	3	V	單位：公斤 長度 3(皆為整數)
14	BMI 值	數字	5	☆	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 15 為 1，本欄必填
15	本次檢查項目使用卡序	文字	1	V	1：IC41 或 IC5B 2：IC47 或 IC5H
16	RH 因子	文字	1	☆	0：陰性 1：陽性 如序號 15 為 1，本欄必填
17	血型	文字	2	☆	如序號 15 為 1，本欄必填
18	白血球(WBC)	數字	5	☆	單位 $10^3/uL$ ；如序號 15 為 1，本欄必填 長度 5(整數 2 位，小數 2 位)
19	紅血球(RBC)	數字	5	☆	單位 $10^6/uL$ ；如序號 15 為 1，本欄必填 長度 5(整數 2 位，小數 2 位)
20	血小板(Plt)	數字	4	☆	單位 $10^3/uL$ ；如序號 15 為 1，本欄必填 長度 4(皆為整數)
21	血球容積比(Hct)	數字	4	☆	單位%；如序號 15 為 1，本欄必填 長度 4(整數 2 位，小數 1 位)
22	平均紅血球體積(MCV)	數字	3	☆	單位 fl；如序號 15 為 1，本欄必填 長度 3(皆為整數)
21	血色素(Hb)	數字	4	☆	單位 g/dL；如序號 15 為 1，本欄必填 長度 4(整數 2 位，小數 1 位)
22		文字	1	☆	0：正常 1：異常 如序號 15 為 1，本欄必填
23	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 15 為 1，本欄必填
24	第 1 次梅毒血清反應 (VDRL 或 RPR)	文字	1	☆	0：陰性 1：陽性 如序號 15 為 1，本欄必填

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
25	第 2 次梅毒血清反應 (VDRL 或 RPR)	文字	1	☆	0：陰性 1：陽性 如序號 15 為 2，本欄必填
26	B 型肝炎表面抗原	文字	1	☆	0：陰性 1：陽性 2：未檢查 如序號 15 為 1，本欄必填
27	B 型肝炎 e 抗原	文字	1	☆	0：陰性 1：陽性 2：未檢查 如序號 15 為 1，本欄必填
28	尿液常規	文字	1	☆	0：正常 1：異常 如序號 15 為 1，本欄必填
29	尿液常規-異常細項	文字	50	☆	1：勾選，0：未勾選 各項目以半形逗號區隔組成 如序號 28 為 1，本欄必填
30	尿液常規-異常細項其他說明	文字	50	☆	如序號 29 勾選其他，本欄必填

備註：

- 一、尿液常規（序號 28）若為 1-異常，則至少需勾選一項尿液常規-異常項目(序號 29)。
- 二、尿液常規-異常細項(序號 29)欄位，需填寫 0 或 1
 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
 2. 若尿液常規-異常細項有(13)其他，請填寫 0,0,0,0,0,0,0,0,0,0,0,1，並於尿液常規-異常細項其他說明(序號 30)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運用菸品健康福利捐補助」】

一、個人基本資料											
姓名				身分證字號							
				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 村 路 段 巷 號 市 區鎮 里 街 弄 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、第一次超音波檢查資料(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			B M I 【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			胎兒心跳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
著床位置	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常			胎兒頭臀長	_____公分						

備註：

【註一】本表之第一次產檢超音波檢查係指當次使用醫令 60 或 6A。

【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】此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出 BMI；若以批次上傳，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；△為非必填；☆為條件式
3. 英數文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	(3) 檢驗醫事機構代碼格式： 0123456789,jy12345678,JY12345678 (4) 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、統一證號或護照號碼	文字	10	V	國民身分證統一編號，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
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	檢查時之孕期週數	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		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	著床位置	文字	1	V	0=正常 1=異常
19	胎兒頭臀長	數字	3	V	單位：公分

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運用菸品健康福利捐補助」】

一、個人基本資料												
姓名					身分證字號							
					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	村	路	段	巷	號	市	區	鎮	街
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、第二次超音波檢查資料(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				B M I【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				胎 兒 心 跳				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
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											

備註：

【註一】本表之第二次產檢超音波檢查係指當次使用醫令 61 或 6B。

【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】此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出 BMI；若以批次上傳，則本欄為必填欄位。

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：

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；△為非必填；☆為條件式
3. 英數文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、統一證號或護照號碼	文字	10	V	國民身分證統一編號，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(YYYYMMDD)
4	聯絡電話 1	文字	20	☆	序號 4 或 5 擇一必填 分機以#表示。 可接受格式如：02-3456-7890#123； (02)3456-7890#123 等。
5	聯絡電話 2	文字	20	☆	
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(YYYYMMDD)
10	檢查時之孕期週數	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(YYYYMMDD)
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		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	前置胎盤	文字	1	V	0=無 1=有
19	胎兒頭雙頂骨徑	數字	3	V	單位：公分
20	胎兒腹圍	數字	3	V	單位：公分
21	胎兒股骨長度	數字	3	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

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菸品健康福利捐補助」】

一、個人基本資料											
姓名				身分證字號							
				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	村	路	段	巷	號				
	市	區鎮	里	街			弄				
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			B M I【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			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						
胎兒股骨度長	_____公分			羊水量	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 羊水過多 <input type="checkbox"/> 羊水過少						

備註：

【註一】本表之第三次產檢超音波檢查係指當次使用醫令 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】此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出 BMI；若以批次上傳，則本欄為必填欄位。

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：

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；△為非必填；☆為條件式
3. 英數文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、統一證號或護照號碼	文字	10	V	國民身分證統一編號，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
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	檢查時之孕期週數	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		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	胎兒頭雙頂骨徑	數字	3	V	單位：公分
21	胎兒腹圍	數字	3	V	單位：公分
22	胎兒股骨長度	數字	3	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

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	由	姓名					出生日期	_____年____月____日			
	準	身分證字號 (外籍人士護照號碼)									
	媽	聯絡地址									
	媽	聯絡方式	手機:		住家: () -						
健康行為	填	身高 公分	懷孕前體重 公斤	目前體重 公斤	血色素 gm/dl						
	寫	目前是否有接受社會福利補助情況: (可複選)									
	為	<input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.中低收入戶補助, <input type="checkbox"/> 2.低收入戶補助, <input type="checkbox"/> 3.特殊境遇家庭補助, <input type="checkbox"/> 4.兒少生活補助(項目: _____; 人數: _____), <input type="checkbox"/> 5 其他_____									
心理健康	寫	有下列情況之懷孕婦女: <input type="checkbox"/> 1.未婚懷孕婦女, <input type="checkbox"/> 2.身心障礙懷孕婦女, <input type="checkbox"/> 3.其他_____									
	填	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.週遭環境沒有二手菸 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									
孕產醫療史	寫	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。									
	填	過去是否有相關孕產醫療史 <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) 子宮肌瘤割除或子宮修補術, <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) 前胎胎兒乙型鏈球菌感染, <input type="checkbox"/> (12) 流產, <input type="checkbox"/> (13) 心血管疾病史, <input type="checkbox"/> (14) 其他_____									
		※ 如有上述孕產醫療史情形, 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-讓寶寶安全的成長、茲卡病毒感染症衛教單張)	流產徵兆及高危險妊娠	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道本身的健康資料、疾病史及孕產醫療史狀況，未來產檢如有醫師告知：出現孕產醫療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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道定期產前檢查的目的、時程及重要性。
	危害物質	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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。
	產前遺傳檢查	<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病者、有家族遺傳疾病及本次懷孕經超音波檢查有異常者。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道懷孕期間如無必要應暫緩前往茲卡病毒感染症流行地區。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道預防茲卡病毒感染症的方法。
茲卡病毒感染症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道孕婦如經確診為茲卡病毒感染症，應每四週定期進行胎兒超音波檢查，以追蹤胎兒生長情形。	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.兩性平權(參閱手冊-女孩男孩一樣好)	疼惜咱的寶貝	<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。
3.孕期營養(參閱手冊-吃出健康)	營養素補充	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道孕前一個月至懷孕期間，確保葉酸、維生素D、碘攝取充足的重要性。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道孕期攝取足夠鈣質，並增加鐵攝取。素食者補充維生素B12的重要性。
	均衡飲食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道諮詢醫師、營養師，適當的選擇與食用營養補充食品。 <input type="checkbox"/> 知道懷孕早期有孕吐時，宜少量多餐，優先攝取營養素密度高的六大類食物，避免糖油鹽含量高的精製加工食品。
※紅框內之欄位，請醫護人員協助準媽媽們於衛教指導前先行填寫，以供醫事人員參考。 ※返家後，若有孕產諮詢需求，請多加運用全國免付費孕產婦關懷專線0800-870870或孕產婦關懷網站 http://mammy.hpa.gov.tw 。 ※有戒菸意願者，可撥打免費戒菸專線0800-636363				
您是否願意衛生及社政人員前往您的家中進行關懷訪視? <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意。				
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		

備註：

- 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、台灣母胎醫學會、台灣周產期醫學會、台灣家庭醫學醫學會、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、本次衛教指導依孕婦健康需求執行，可搭配第一次至第三次孕婦產前檢查(懷孕第八週至第十七週前)執行指導，請參閱孕婦健康手冊內容予以衛教。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。
- 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。

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			
	身分證字號 (外籍人士護照號碼)								
	聯絡地址								
	聯絡方式	手機:			住家: () -				
由準媽媽填寫	身高 公分	懷孕前體重 公斤	目前體重 公斤	血色素 gm/dl (請填寫第一次產檢的檢驗數值)					
	目前是否有接受社會福利補助情況: (可複選) <input type="checkbox"/> 0. 否, <input type="checkbox"/> 1. 中低收入戶補助, <input type="checkbox"/> 2. 低收入戶補助, <input type="checkbox"/> 3. 特殊境遇家庭補助, <input type="checkbox"/> 4. 兒少生活補助 (項目: ____; 人數: __), <input type="checkbox"/> 5 其他____ 有下列情況之懷孕婦女: <input type="checkbox"/> 1. 未婚懷孕婦女, <input type="checkbox"/> 2. 身心障礙懷孕婦女, <input type="checkbox"/> 3. 其他_____								
健康行為	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. 週遭環境沒有二手菸 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。							
		孕產醫療史	過去是否有相關孕產醫療史 <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) 孕婦本人及一等親屬罹患遺傳疾病, <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 腎臟疾病; <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 精神病或神經系統疾病; <input type="checkbox"/> 8-9 妊娠合併免疫系統疾病; <input type="checkbox"/> 8-10 卵巢或子宮腫瘤; <input type="checkbox"/> 8-11 孕期感染性疾病; <input type="checkbox"/> 8-12 性傳染病 (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) 心血管疾病史, <input type="checkbox"/> (12) 其他						
	※ 如有上述孕產醫療史情形, 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, 愛滋病毒篩檢結果為陽性者, 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-讓寶寶安全的成長、茲卡病毒感染症衛教單張)	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。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道本身的健康資料、疾病史及孕產醫療史狀況,如有醫師告知:出現孕產醫療史一至十二項之一者,請選擇至就近的中、重度級急救責任醫院接受診治或安胎。
	危害物質	<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"/> 知道檳榔對母嬰健康之危害(流產、早產、死產、出生低體重)。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本次懷孕吸菸者,轉介戒菸門診或戒菸專線之成效。
	茲卡病毒感染症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道懷孕期間如無必要應暫緩前往茲卡病毒感染症流行地區。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道預防茲卡病毒感染症的方法。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道孕婦如經確診為茲卡病毒感染症,應每四週定期進行胎兒超音波檢查,以追蹤胎兒生長情形。
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-寶寶的誕生)	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。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道懷孕生產是正常的生理過程,經由參加產前教育可以協助做生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象如:輕鬆感、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。
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,寶寶不易胖。)

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道產後即刻母嬰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"/> 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，愛寶寶方式有很多種，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. 孕期心理適應 (參閱手冊-認識產後憂鬱症及防治)	孕期心理適應指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 新手媽媽照顧新生兒時，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事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。

※紅框內之欄位，請醫護人員協助準媽媽們於衛教指導前先行填寫，以供醫事人員參考。
 ※返家後，若有孕產諮詢需求，請多加運用全國免付費孕產婦關懷專線 0800-870870 或孕產婦關懷網站 <http://mammy.hpa.gov.tw>。
 ※有戒菸意願者，可撥打免費戒菸專線 0800-636363

您是否願意衛生及社政人員前往您的家中進行關懷訪視？ 願意， 不願意。

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

備註：

- 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、台灣母胎醫學會、台灣周產期醫學會、台灣家庭醫學醫學會、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、本次衛教指導依孕婦健康需求執行，可搭配第七次至第十四次孕婦產檢(懷孕週數為二十九週以上)執行指導，請參閱孕婦健康手冊內容予以衛教。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。
- 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	欄位備註	
衛教次數	1	NO	1 或 2	
指導日期		NO	西元 YYYY-MM-DD 格式：2014-01-01	
懷孕週數	2	NO	數字	
孕次	2	YES	保留欄位（暫不輸入）	
基本資料	姓名	20	NO	
	出生日期		NO 西元 YYYY-MM-DD 範例格式：2014-01-01	
	身分證字號	20	NO	或居留證號或護照號碼
	縣市代碼	4	NO	4 碼
	聯絡地址	200	NO	
	聯絡方式（手機）	10	手機及住家 電話其中一 個必填	範例格式：0910111222
	聯絡方式（住家）	20		含區域碼格式：02-123-4567
	0.無補助	1	YES	代碼：Y-（勾選）或空值（未勾選）
	1.中低收入戶補助	1	YES	代碼：Y-（勾選）或空值（未勾選）
	2.低收入戶補助	1	YES	代碼：Y-（勾選）或空值（未勾選）
	3.特殊境遇家庭補助	1	YES	代碼：Y-（勾選）或空值（未勾選）
	4.兒少生活補助	1	YES	代碼：Y-（勾選）或空值（未勾選）
	4.兒少生活補助（項目）	20	YES	
	4.兒少生活補助（人數）		YES	數字
	5.其他	1	YES	代碼：Y-否（勾選）或空值（未勾選）
	5.其他說明	50	YES	
	1.未婚懷孕婦女	1	YES	代碼：Y-否（勾選）或空值（未勾選）
	2.身心障礙懷孕婦女	1	YES	代碼：Y-否（勾選）或空值（未勾選）
	3.其他條件	1	YES	代碼：Y-否（勾選）或空值（未勾選）
	3.其他條件說明	20	YES	代碼：Y-否（勾選）或空值（未勾選）
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	
	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	
	3.是否喝酒	1	NO 0-否 1-偶爾或應酬才喝 2-經常喝	
	4.是否嚼檳榔	1	NO 0-否 1-偶爾或應酬才嚼 2-經常嚼	

	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
	6.您最近是否咳嗽	1	YES	0-否 1-偶爾 2-咳嗽超過2週
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
	心情溫度計 2.過去一個月，是否常對事物失去興趣或做事沒有愉悅感？	1	YES	代碼：0-否 1-是
	訪視意願	1	YES	Y-願意 N-不願意 空值
孕產醫療史	醫療史 (AH)	1	NO	0 否，1 是 詳細設定請參考備註十九
	醫療史細項 (AI)	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 (AJ)	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 (AK)	50	YES	
準媽媽自我評估項	衛教主題	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，本欄必填
	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。
	血紅素	(2,1)	NO	單位 g/dL； 長度 4(整數 2 位，小數 1 位)

備註：

- 一、上傳檔案的欄位順序及欄位名稱需和範本相同不可異動。
- 二、若有任一筆資料格式有誤，則該批內其餘資料仍可匯入。
- 三、各日期欄位之年度均為西元年；日期格式為 YYYY-MM-DD。
- 四、縣市代碼，請依編碼規則編制，如「鄉鎮市區代碼表.xls」。
- 五、身分證字號或居留證號及護照號碼，儲存於同一欄位，「身分證字號」及「居留證號」需檢核格式。
- 六、「聯絡方式(手機)」及「聯絡方式(住家)」其中一項必填。
- 七、若「兒少生活補助」為 Y，則「兒少生活補助(項目)」及「兒少生活補助(人數)」為必填。
- 八、健康行為 1 至 5 項皆為必填。
- 九、第一次衛教若健康行為 1 至 5 項，其中一項非為「0」，則「訪視意願」欄位必填。
- 十、選項欄位中的「其他」項目，若有勾選，則說明欄位為必填。
- 十一、孕產醫療史若為 Y-是，則至少需勾選一項醫療史細項項目。
- 十二、準媽媽自我評估項，各項目必填。
- 十三、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。
- 十四、若準媽媽自我評估項為 N-不清楚，則該項「醫事人員指導重點」必為 Y。
- 十五、指導重點各項目必填。
- 十六、身高、懷孕前體重、目前體重，三個欄位為必填。
- 十七、最後一次月經日，表單無此欄位，仍請院所儘可能登錄此欄位資料。
- 十八、BMI 值公式為：體重(公斤)除以身高(公尺)的平方，請依公式計算填入。

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

- 十九、AH (醫療史) 欄位，需填寫 0 或 1
 - (一) 若 AH 欄位為 0 時，AI (醫療史細項)、AJ (第二次衛教醫療史_8 細項) AK (醫療史細項其他說明) 需填入 空白，請勿填寫任何資料。
 - (二) 若 AH 欄位為 1 時，
 - 1、當第一次衛教，主要醫療史共 14 項。
 - (1) 若醫療史有 (1) 子宮肌瘤割除或子宮修補術及 (8) 新生兒死亡
請在 AI 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 AI 資料欄位填入 0,0,0,0,0,0,0,0,0,0,0,0,0,1
並在 AK 資料欄位填入其它醫療史
 - 2、當第二次衛教，主要醫療史共 12 項，次要醫療史共 13 項。
若醫療史有 (1) 妊娠期高血壓疾病及 8-1 心臟病
請在 AI 資料欄位填入 1,0,0,0,0,0,0,1,0,0,0,0
並在 AJ 欄位填入 1,0,0,0,0,0,0,0,0,0,0,0

健康署妊娠糖尿病篩檢/貧血檢驗紀錄結果表

一、個人基本資料												
姓名	身分證字號											
					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	村	路	段	巷	號	市	區鎮	里	街	弄
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、妊娠糖尿病篩檢/貧血檢驗資料(產檢院所填寫)												
產檢院所名稱	產檢院所醫事機構代碼											
採檢日期【註一】	年	月	日	篩檢時之數	第 週							
體重	_____公斤				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【註二】				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常			
	GLU 1hr：_____mg/dL											
	GLU 2hr：_____mg/dL											
第二次貧血檢驗數值	白血球(WBC) x10 ³ /uL				第二次貧血檢驗結果【註三】				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常			
	紅血球(RBC) x10 ⁶ /uL											
	血小板(Plt) x10 ³ /uL											
	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將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≥92mg/dL；口服葡萄糖後一小時血糖≥180mg/dL；第二小時血糖≥153mg/dL為標準，符合以上三項當中一項以上，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，空腹≥126mg/dL；二小時≥200mg/dL則為慢性糖尿病，需進一步做醫療處置。
- 【註三】於妊娠第二十四至二十八週時接受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(資料來源：懷孕婦女貧血臨床指引)

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：

1. 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；△為非必填；☆為條件式
3. 英數文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	(9) 檢驗醫事機構代碼格式： 0123456789,jy12345678,JY12345678 (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		

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、統一證號或護照號碼	文字	10	V	國民身分證統一編號，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(YYYYMMDD)	
4	聯絡電話 1	文字	20	☆	序號 4 或 5 擇一必填 分機以#表示。 可接受格式如：02-3456-7890#123； (02)3456-7890#123 等。	
5	聯絡電話 2	文字	20	☆		
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(YYYYMMDD)	
10	採檢時之孕期週數	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 2 次貧血檢驗 3：妊娠糖尿病+第 2 次貧血檢驗	
13	妊娠 糖 尿 病	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	貧 血 檢 驗	白血球(WBC)	數字	5	☆	單位 $10^3/uL$ ； 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 $10^6/uL$ ； 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 $10^3/uL$ ； 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)
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捐補助」】

本醫事機構自 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：

健保區別：

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：

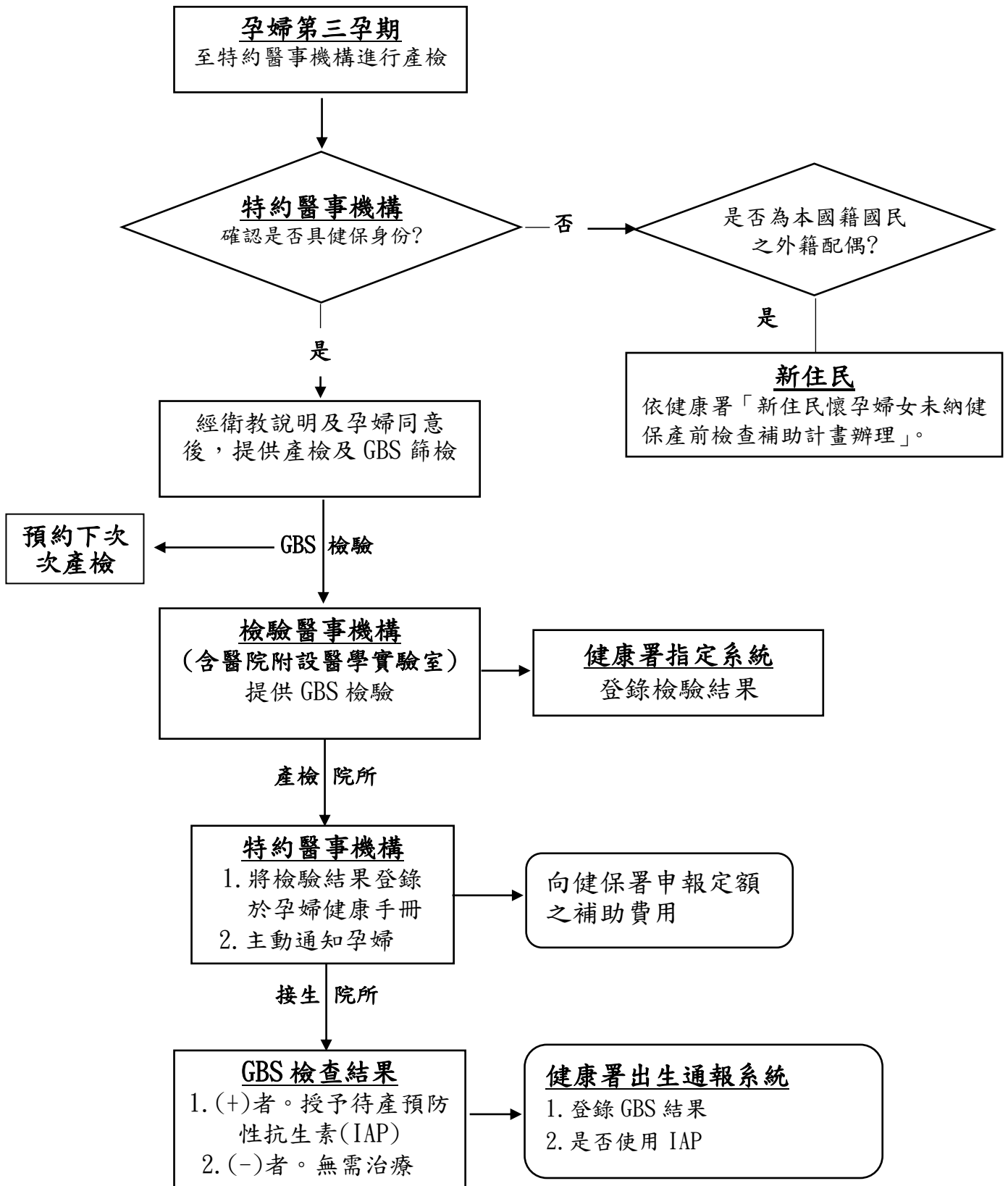
有 無 收取差額

醫事機構特約章戳

(負責人印章)

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捐補助」】

一、個人基本資料											
姓名					身分證字號						
					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	村	路	段	巷	號
	市	區鎮	里	街					弄	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、乙型鏈球菌檢查資料 (採檢/檢查醫療機構填寫)											
採檢/檢查醫事機構名稱					採檢/檢查醫事機構代碼						
採檢日期	年	月	日	篩檢時之 孕期週數	第 週						
檢查(採檢)醫師簽章											
三、檢驗醫事機構填寫											
檢驗醫事機構名稱					檢驗醫事機構代碼						
檢驗日期	年	月	日	檢驗結果	<input type="checkbox"/> 陽性—抗生素藥敏試驗 ● 具敏感性 ● 具抗藥性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 檢驗失敗						
檢驗者簽章											

備註：

●：其欄位請填報以下抗生素之代碼，如代碼 1：penicillin、代碼 2：ampicillin、代碼 3：clindamycin、代碼 4：erythromycin、代碼 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；△為非必填；☆為條件式
3. 英數文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）。
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

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@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、居留證或護照號碼	文字	10	V	國民身分證統一編號，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（YYYYMMDD）
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	採檢醫事機構代碼	文字	10	V	
9	採檢日期	文字	7	V	民國年（YYYYMMDD）
10	採檢時之孕期週數	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（YYYYMMDD）
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

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 名 稱		產 檢 院 所 醫 事 機 構 代 碼																		
專 案 申 請 日 期	年 月 日	預 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																	
<input type="checkbox"/> 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、本專案申請僅接受事前申請，申請院所請至健康署婦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	<p>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。</p> <p>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，方得申請辦理。</p> <p>三、如為助產所，應有登記執業之專任助產人員。</p>	<p>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。</p> <p>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，須先完成健康署核可之子宮頸抹片採樣訓練，並由前述人員執行採檢。</p> <p>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。</p>
子宮頸細胞病理檢驗	<p>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。</p>	<p>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。</p>

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菸品健康福利捐經費補助」。
- 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、經全民健康保險停約處分之醫事人員，於停約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。

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	就醫序號	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
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 (未含骨盆腔檢查)	175
33	IC31	三十歲以上婦女每年一次	子宮頸細胞病理檢驗	200
<p>備註：</p> <p>一、有關性別、年齡條件及篩檢間隔條件之檢核條件如下：</p> <p>(一)性別為「女性」。</p> <p>(二)年齡與間隔時間皆以「年份」做檢核條件：</p> <p>1、年齡條件定義為「就醫年－出生年≥ 30」。</p> <p>2、篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年≥ 1」。</p> <p>二、衛生所申報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，須先完成健康署核可之子宮頸抹片採樣訓練。</p> <p>三、申報子宮頸細胞病理檢驗費用之條件如下：</p> <p>(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。</p> <p>(二)子宮頸細胞病理檢驗費應由通過健康署資格審查之子宮頸細胞病理診斷單位申報。</p>				

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

類別	內容
服務對象資格查核	三十歲以上女性每年一次，年齡條件定義為「就醫年－出生年 ≥ 30 」、篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年 ≥ 1 」。
表單填寫與保存	<p>一、辦理婦女子宮頸抹片檢查服務者，應將「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」(如附表三之四)及「子宮頸(陰道)切片個案資料登記表」(如附表三之五)詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統。</p> <p>二、雙子宮頸個案病歷請併同「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」(附表三之四)保存，供健康署備查。</p>

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

- * 國籍：①本國 ②外籍人士
- * 抹片車或設站篩檢：①否 ②抹片車 ③設站篩檢
- * 1. 支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付
③其他公務預算補助 ④其他
⑤難判重做 ⑥自費健康檢查

時程代碼：_____

一、個人基本資料 (檢查婦女填寫)

- * 2. 姓名：_____
- * 3. 出生日期：民國_____年_____月_____日
- * 4. 身分證統一編號或統一證號：
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
- * 5. 電話：_____ - _____
- * 6. 教育：①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職
⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
- * 7. 現住址：
縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 _____
市 _____ 市區 _____ 里 _____ (街) _____ 段
巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 - _____
(鄉鎮代碼) _____
縣 _____ 鄉鎮 _____
市 _____ 市區 _____
* 8. 戶籍住址：_____ 市 _____ 市區 - _____
(鄉鎮代碼) _____

二、個案臨床資料 (檢查婦女填寫)

- 9. 最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內
③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
- 10. 已停經？(一年無月經) ①是 ②否 ③不知道
- 11. 最後一次月經日期：民國_____年_____月_____日
- 12. 現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道
- * 13. 子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道
- * 14. 子宮是否接受過放射線治療？ ①是 ②否 ③不知道
- * 15. 是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有
HPV疫苗) ①是，民國_____年 ②否 ③不知道
- * 16. 是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測？
①是 ②否 ③不知道

* 有無自覺症狀？如非月經期間不正常陰道出血及異常分泌物
①是 ②否 ③不知道

* 受檢者同意受檢簽名：_____

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

三之一、抹片資料 (採檢醫療機構填寫)

- 17. 病歷號：_____
- * 18. 抹片檢體取樣日期：民國_____年_____月_____日
- * 19. 抹片檢體取樣機構：名稱 _____
(代碼 10 碼) _____
- * 20. 抹片檢體取樣人員 (姓名)：_____
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士
⑤衛生所醫師 (非屬①②)
- * 21. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤
④前次抹片難以判讀 ⑤其他
- 22. 臨床所見 (含骨盆腔檢查結果)：_____

三之二、抹片資料 (病理醫療機構填寫)

- * 23. 抹片細胞病理編號：_____
- * 24. 抹片判讀機構：名稱 _____
(代碼 10 碼) _____
- * 25. 抹片收到日期：民國_____年_____月_____日
- * 26. 檢體種類：①常規抹片 ②液體標本 ③其他

四、抹片判讀結果 (病理醫療機構填寫)

- * 27. 閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他
 - * 28. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
 - * 29. 抹片尚可或難以判讀之原因 (最多可選二個)
①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物 (如潤滑劑)
⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他 _____
 - * 30. 可能的感染 (可多選) ①Candida ②Trichomonas
③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑧Actinomyces ⑥Others _____
 - * 31. 細胞病理診斷 (只可單選)：_____
- NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY
- Within normal limit ----- ①
 - Reactive changes: Inflammation, repair,
radiation, and others ----- ②
 - atrophy with inflammation ----- ③
- ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
- Atypical squamous cells (ASC-US) ----- ④
 - Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ----- ⑩
- LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
- Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes ----- ⑥
 - Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes ----- ⑦
- HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
- Moderate dysplasia (CIN2) ----- ⑧
 - Severe dysplasia (CIN3) ----- ⑨
 - Carcinoma in situ (CIN3) ----- ⑩
- SQUAMOUS CELL CARCINOMA ----- ⑪
- ATYPICAL GLANDULAR CELLS
- Atypical glandular cells ----- ⑤
 - Atypical glandular cells favor neoplasm ----- ⑮
- ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ----- ⑱
- ADENOCARCINOMA ----- ⑫
- OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑬
- OTHER ----- ⑭
- Dysplasia cannot exclude HSIL ----- ⑰

32. 子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否

33. 建議：

- ①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
- ②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
- ③抹片結果異常，請再做進一步檢查
- ④其他建議 _____

* 檢驗者 (請簽名及填寫代碼)

Cytotechnologist _____ Cytopathologist _____

_____(____月____日) *
* 為必填之項目 * 請輸入確診日期

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

- * 國籍：①本國 ②外籍人士
- * 抹片車或設站篩檢：①否 ②抹片車 ③設站篩檢
- * 1. 支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付
③其他公務預算補助 ④其他
⑤難判重做 ⑥自費健康檢查

時程代碼：_____

一、個人基本資料（檢查婦女填寫）

- * 2. 姓名：_____
- * 3. 出生日期：民國_____年_____月_____日
- * 4. 身分證統一編號或統一證號：
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
- * 5. 電話：_____ - _____
- * 6. 教育：①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職
⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
- * 7. 現住址：
縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 _____
市 _____ 市區 _____ 里 _____ (街) _____ 段
巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 - _____
(鄉鎮代碼) _____
縣 _____ 鄉鎮 _____
市 _____ 市區 _____
* 8. 戶籍住址：_____ 市 _____ 市區 - _____
(鄉鎮代碼) _____

二、個案臨床資料（檢查婦女填寫）

- 9. 最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內
③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
- 10. 已停經？（一年無月經）①是 ②否 ③不知道
- 11. 最後一次月經日期：民國_____年_____月_____日
- 12. 現在是否懷孕？①是 ②否 ③不知道
- * 13. 子宮是否切除？①是 ②否 ③不知道
- * 14. 子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道
- * 15. 是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有
HPV疫苗) ①是，民國_____年 ②否 ③不知道
- * 16. 是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測？
①是 ②否 ③不知道

* 有無自覺症狀？如非月經期間不正常陰道出血及異常分泌物
①是 ②否 ③不知道
* 受檢者同意受檢簽名：_____

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

三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫）

- 17. 病歷號：_____
- * 18. 抹片檢體取樣日期：民國_____年_____月_____日
- * 19. 抹片檢體取樣機構：名稱 _____
(代碼 10 碼) _____
- * 20. 抹片檢體取樣人員（姓名）：_____
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士
⑤衛生所醫師（非屬①②）
- * 21. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤
④前次抹片難以判讀 ⑤其他
- 22. 臨床所見（含骨盆腔檢查結果）：_____

三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）

- * 23. 抹片細胞病理編號：_____
- * 24. 抹片判讀機構：名稱 _____
(代碼 10 碼) _____
- * 25. 抹片收到日期：民國_____年_____月_____日
- * 26. 檢體種類：①常規抹片 ②液體標本 ③其他

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）

- * 27. 閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他
- * 28. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
- * 29. 抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個）
①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑）
⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他 _____
- * 30. 可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas
③Herpes ④Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑤Actinomyces ⑥Others _____
- * 31. 細胞病理診斷（只可單選）：_____

- NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY
- Within normal limit ----- ①
- Reactive changes: Inflammation, repair,
radiation, and others ----- ②
- atrophy with inflammation ----- ③
- ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
- Atypical squamous cells (ASC-US) ----- ④
- Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ----- ⑬
- LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
- Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes ----- ⑥
- Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes ----- ⑦
- HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
- Moderate dysplasia (CIN2) ----- ⑧
- Severe dysplasia (CIN3) ----- ⑨
- Carcinoma in situ (CIN3) ----- ⑩
- SQUAMOUS CELL CARCINOMA ----- ⑪
- ATYPICAL GLANDULAR CELLS
- Atypical glandular cells ----- ⑤
- Atypical glandular cells favor neoplasm ----- ⑮
- ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ----- ⑱
- ADENOCARCINOMA ----- ⑫
- OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑬
- OTHER ----- ⑭
- Dysplasia cannot exclude HSIL ----- ⑰

- 32. 子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否
- 33. 建議：
①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
③抹片結果異常，請再做進一步檢查
④其他建議 _____

* 檢驗者（請簽名及填寫代碼）

Cytotechnologist _____ Cytopathologist _____

(____月____日) *
* 為必填之項目 * 請輸入確診日期

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

- *國籍：①本國 ②外籍人士
 *抹片車或設站篩檢：①否 ②抹片車 ③設站篩檢
 *1.支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付
 ③其他公務預算補助 ④其他
 ⑤難判重做 ⑥自費健康檢查

時程代碼：_____

一、個人基本資料(檢查婦女填寫)

- *2.姓名：_____
- *3.出生日期：民國_____年_____月_____日
- *4.身分證統一編號或統一證號：
- *5.電話：_____
- *6.教育：①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職
 ⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
- *7.現住址：
 縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 _____
 市 _____ 市區 _____ 里 _____ (街) _____ 段 _____
 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓- _____
 (鄉鎮代碼) _____
- *8.戶籍住址：_____ 縣 _____ 鄉鎮 _____
 市 _____ 市區 _____
 (鄉鎮代碼) _____

二、個案臨床資料(檢查婦女填寫)

- 9.最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內
 ③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
- 10.已停經？(一年無月經) ①是 ②否 ③不知道
- 11.最後一次月經日期：民國_____年_____月_____日
- 12.現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道
- *13.子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道
- *14.子宮是否接受過放射線治療？ ①是 ②否 ③不知道
- *15.是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有
 HPV疫苗) ①是，民國_____年 ②否 ③不知道
- *16.是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測？
 ①是 ②否 ③不知道

*有無自覺症狀？如非月經期間不正常陰道出血及異常分泌物
 ①是 ②否 ③不知道

*受檢者同意受檢簽名：_____

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

三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

- 17.病歷號：_____
- *18.抹片檢體取樣日期：民國_____年_____月_____日
- *19.抹片檢體取樣機構：名稱 _____
 (代碼10碼) _____
- *20.抹片檢體取樣人員(姓名)：_____
- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士
 ⑤衛生所醫師(非屬①②)
- *21.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤
 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他
- 22.臨床所見(含骨盆腔檢查結果)：_____

三之二、抹片資料(病理醫療機構填寫)

- *23.抹片細胞病理編號：_____
- *24.抹片判讀機構：名稱 _____
 (代碼10碼) _____
- *25.抹片收到日期：民國_____年_____月_____日
- *26.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本 ③其他

四、抹片判讀結果(病理醫療機構填寫)

- *27.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他
- *28.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
- *29.抹片尚可或難以判讀之原因(最多可選二個)
 ①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
 ③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
 ⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物(如潤滑劑)
 ⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他 _____
- *30.可能的感染(可多選) ①Candida ②Trichomonas
 ③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)
 ⑧Actinomyces ⑥Others _____
- *31.細胞病理診斷(只可單選)：_____
- NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY
- Within normal limit ----- ①
- Reactive changes: Inflammation, repair,
 radiation, and others ----- ②
- atrophy with inflammation ----- ③
- ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
- Atypical squamous cells (ASC-US) ----- ④
- Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ----- ⑩
- LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
- Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes ----- ⑥
- Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes ----- ⑦
- HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
- Moderate dysplasia (CIN2) ----- ⑧
- Severe dysplasia (CIN3) ----- ⑨
- Carcinoma in situ (CIN3) ----- ⑩
- SQUAMOUS CELL CARCINOMA ----- ⑪
- ATYPICAL GLANDULAR CELLS
- Atypical glandular cells ----- ⑤
- Atypical glandular cells favor neoplasm ----- ⑮
- ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ----- ⑱
- ADENOCARCINOMA ----- ⑫
- OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑬
- OTHER ----- ⑭
- Dysplasia cannot exclude HSIL ----- ⑰

32.子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是 ②否

33.建議：

- ①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
 ②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
 ③抹片結果異常，請再做進一步檢查
 ④其他建議 _____

*檢驗者(請簽名及填寫代碼)

Cytotechnologist _____ Cytopathologist _____

 (____月____日) *
 *為必填之項目 *請輸入確診日期

健康署子宮頸（陰道）切片個案資料登記表

申報機構名稱：_____ 填表人：_____ 申報日期：_____

1. 個案姓名：_____
2. 出生日期：西元_____年_____月_____日
3. 身分證統一編號或統一證號：
4. 切片病理編號：_____
5. 切片採檢機構：_____
6. 切片判讀機構：_____
7. 切片日期：西元_____年_____月_____日
8. 切片報告日期：西元_____年_____月_____日
9. 病歷號：_____
10. 國籍別： 1 本國人士 2 外籍人士

11. 病理組織部位：(同筆切片可分子宮內頸及外頸：填 04、05)

- 01 子宮頸 04 子宮內頸 05 子宮外頸
- 02 陰道 (備註：子宮頸全切除者申報陰道切片)
- 03 子宮內膜

組織部位 1

組織部位 2

12. 手術方式：

- 01 全切除，例如：ATH, VTH, LAVH, radical hysterectomy, trachelectomy, vaginectomy 或其他方式
- 02 圓錐切片，例如：leep, conization, wedge resection 或其他方式
- 03 小切片，例如：punch, polypectomy, biopsy 或其他方式
- 04 子宮頸管搔刮術 (Endocervical curettage, ECC)
- 05 子宮內膜搔刮術 (Dilatation and curettage, D&C)

手術方式 1

手術方式 2

說明：部位為子宮內頸，手術方式可選填 01、02、03、04
 部位為子宮外頸，手術方式可選填 01、02、03
 部位為內膜，手術方式可選填 01、05
 部位為陰道，手術方式可選填 01、03

13. 子宮頸（陰道）病理組織切片結果（或診斷病名）：

- 00 Unremarkable cervical epithelium (no pathological change, no pathological diagnosis)
- 01 Benign epithelial lesion (Benign tumor, Inflammatory & reactive changes, myoma)
- 02 Mild dysplasia (Flat condyloma; CIN1; LSIL; VaIN1)
- 03 Moderate dysplasia (CIN2; HSIL; VaIN2)
- 04 Severe dysplasia (Carcinoma in situ; CIN3, HSIL, VaIN3)
- 05 Squamous cell carcinoma
- 06 Atypical glandular hyperplasia and dysplasia
- 07 Adenocarcinoma in situ
- 08 Adenocarcinoma
- 09 Adenosquamous carcinoma
- 10 Carcinoma (NOS, or other specific type)
- 11 Mesenchymal tumor, benign
- 12 Mesenchymal tumor, malignant
- 14 Squamous cell atypia / ASCUS
- 15 Dysplasia, Severity can not be determinated
- 88 Inadequate specimen
- 99 Others : _____

切片結果 1

切片結果 2

Others1

Others2

附表四之一 執行婦女乳房 X 光攝影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
婦女乳房 X 光攝影檢查服務	<p>一、申請辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務者，應依健康署之預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則申請通過資格審查，或由當地衛生局報經健康署核准辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務。</p> <p>二、特約醫事服務機構若無執行乳房攝影篩檢陽性個案後續複檢及確診之能力。應與健康署公告之「乳癌確認診斷醫療院所」與「乳癌確認診斷及治療醫院」簽訂合約，並訂定後續轉介、資料回報流程，報當地衛生局同意後，始得為之。未依前述規定辦理本部得不予核付費用。</p> <p>三、經本部認可辦理預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查服務之醫事機構名單，以及乳癌確認診斷醫療院所、乳癌確認診斷及治療醫院名單，將公告於健康署網站。</p> <p>四、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之醫事機構，應配合健康署辦理後續審查。</p>	<p>一、辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之人員，應依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檢附資料文件，通過資格審查後始得辦理。</p> <p>二、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之人員，應配合健康署辦理後續審查。</p>

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菸品健康福利捐經費補助」。
- 二、特約醫事服務機構申請婦女乳房 X 光攝影檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意，並依據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「以乳房 X 光攝影篩檢巡迴車執行婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢標準作業程序」辦理相關事項，本部亦將不定期查核。特約醫事服務機構如未確實完成申請或申報不實者，本部得核扣該場次提供之所有乳攝篩檢費用。
- 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；配合健康署及衛生局依本注意事項及「預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則」不定期查核及輔導。
- 四、特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構，其年工作量超出健康署訂定標準者，本部得依下列標準不核付當年度部分篩檢費用：
 - (一) 特約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。
 - (二) 每名通過健康署「預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則」之放射師(士)每年之合理乳房 X 光攝影檢查數量為 6,000 案；所有放射師(士)之在職天數(含例假日)/365 天*6,000 案之總和，為該機構年乳房 X 光攝影檢查合理量。

附表四之二 婦女乳房 X 光攝影檢查服務對象、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	服務對象及時程	服務內容	補助金額
91	IC91	四十五歲以上至未滿七十歲之婦女，每二年一次。	乳房 X 光攝影	1,245
93	IC93	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，每二年一次。	乳房 X 光攝影	1,245

備註：

一、有關性別、篩檢間隔及年齡條件之檢核條件如下：

(一) 性別為「女性」。

(二) 篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年-前次就醫年 ≥ 2 」。

(三) 補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為：

1、代碼 91 之年齡條件為「 $45 \leq$ 就醫年-出生年 ≤ 70 」；

2、代碼 93 之年齡與資格為「 $40 \leq$ 就醫年-出生年 ≤ 44 」，醫療院所須要求受檢婦女檢具其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件（如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書），並留存影本於病歷中備查。

二、加強篩檢異常民眾追蹤：

特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構，其篩檢疑似陽性個案追蹤完成率未達標準者，本部得依下表規定核付當年度篩檢費用：

(一) 計算方式

二個月內篩檢疑似陽性個案追蹤完成率	當年度總補助篩檢金額
$70\% \leq$ 追蹤完成率 $< 75\%$	- 5%
$65\% \leq$ 追蹤完成率 $< 70\%$	- 10%
$60\% \leq$ 追蹤完成率 $< 65\%$	- 15%
追蹤完成率 $< 60\%$	- 20%

(二) 篩檢疑似陽性個案數以健康署篩檢資料庫數據進行統計，計算期間為當年度一月一日至十二月三十一日。

(三) 篩檢疑似陽性個案中之 category「0」、「4」、「5」追蹤完成率=篩檢疑似陽性個案中之 category「0」、「4」、「5」已追蹤完成數/篩檢疑似陽性個案中之 category「0」、「4」、「5」數。

(四) 前項計算方式之分子篩檢疑似陽性個案中之 category「0」、「4」、「5」追蹤完成數為特約醫事服務機構婦女乳房 X 光攝影篩檢結果為 category「0」、「4」、「5」之個案接受後續複檢、確診或手術人數；複檢、確診或手術醫院為本院或外院均列入計算。

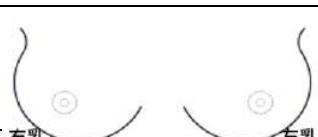
(五) 篩檢疑似陽性個案 (category「0」、「3」、「4」、「5」) 完成追蹤之定義：category「0」的個案須於二個月內完成複檢；category「3」的個案須於六至十二個月完成複檢；category「4」、「5」的個案 (含 category「0」的個案複檢結果為 category「4」、「5」的個案) 須於二個月內完成確診；確診結果為乳癌者，須追蹤其是否接受手術，無手術者，應說明個案未手術理由，健康署得依理由合理性，評估是否列為完成追蹤數。

(六) 如特約醫事服務機構同時有院內攝影儀器及乳攝車，分開計算。

附表四之三 婦女乳房 X 光攝影檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存

類別	內容
<p>服務對象 資格查核</p>	<p>一、特約醫事服務機構應於提供服務前，應確認保險對象之健保卡最近一次利用預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查服務之註記日期，及登錄癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統查詢其篩檢資格。</p> <p>二、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並依期程及相對應之時間依序申報；特約醫事服務機構須要求四十歲以上至未滿四十五歲接受乳房 X 光攝影檢查之婦女檢具其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件（如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書，如附表四之五），並留存於病歷中備查。</p> <p>三、特約醫事服務機構如於社區辦理婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢服務，應於提供服務前，由乳房 X 光攝影放射師確實評估民眾是否適合當場接受檢查，及填具婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢評估表（如附表四之八），並留存於病歷中備查。</p>
<p>表單填寫與 保存</p>	<p>一、辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務者，應將婦女乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表四之四）、「健康署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」（如附表四之五）、「健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務異常個案報告表」（如附表四之六）、「健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務陽性個案追蹤表」（如附表四之七）詳實記載，並登錄上傳至健康署指定之系統。</p> <p>二、辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構，應比同醫療法規定，將前述相關檢查表單及乳房 X 光攝影影像，確實製作病歷或製作紀錄，並依保存年限規定保存。</p> <p>三、執行婦女乳房 X 光攝影之醫療機構，請將篩檢結果疑似陽性個案轉介至健康署公告核可之「乳癌確認診斷醫療院所」、「乳癌確認診斷及治療醫院」進行複檢、確診、治療。</p>

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單

支付方式： <input type="checkbox"/> 預防保健； <input type="checkbox"/> 健保醫療給付； <input type="checkbox"/> 其他公務預算補助； <input type="checkbox"/> 自費健康檢查； <input type="checkbox"/> 其他。													
乳房攝影車篩檢： <input type="checkbox"/> 否（儀器登設字_____；所屬單位院所名稱_____；機構代碼_____）； <input type="checkbox"/> 是（儀器登設字_____；所屬單位院所名稱_____；機構代碼_____；車號_____）。													
病歷號：													
個人基本資料（檢查婦女填寫）													
姓名	身分證統一編號 統一證號（外籍）												
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： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 市鄉 村 路 段 巷 號 市 區鎮 里 街 弄 樓												
教育	<input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 小學； <input type="checkbox"/> 國（初）中； <input type="checkbox"/> 高中/高職； <input type="checkbox"/> 專科、大學； <input type="checkbox"/> 研究所以上； <input type="checkbox"/> 拒答。												
其它資訊	身高： 公分；體重： 公斤。												
個案臨床資料（檢查婦女填寫）													
疾病史	有無得過下列疾病？ <input type="checkbox"/> 有，疾病為： <input type="checkbox"/> 乳房良性相關疾病； <input type="checkbox"/> 乳癌； <input type="checkbox"/> 其他癌症： _____； <input type="checkbox"/> 無。												
家族史	與您有血緣的家屬中，有無人得過乳癌？ <input type="checkbox"/> 有，請填下方表格： <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">血緣關係</td> <td style="text-align: center;">母親</td> <td style="text-align: center;">姊妹</td> <td style="text-align: center;">女兒</td> <td style="text-align: center;">祖母</td> <td style="text-align: center;">外祖母</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">罹患乳癌人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 無。	血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母	罹患乳癌人數					
血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母								
罹患乳癌人數													
月經史	初經年齡_____歲（實歲）； 是否已停經？ <input type="checkbox"/> 是，停經年齡_____歲（實歲）； 停經原因： <input type="checkbox"/> 自然停經； <input type="checkbox"/> 子宮切除； <input type="checkbox"/> 卵巢切除； <input type="checkbox"/> 其他_____。 <input type="checkbox"/> 否。												
生育史	生產次數 _____ 次； 有無哺餵母乳（至少某胎哺餵母乳一個月以上）： <input type="checkbox"/> 有， <input type="checkbox"/> 無； 第一胎生產實足年齡 _____ 歲。												
用藥史	是否服用荷爾蒙補充劑？ <input type="checkbox"/> 是， _____ 歲開始，服用 _____ 年； <input type="checkbox"/> 否。 是否服用口服避孕藥？ <input type="checkbox"/> 是， _____ 歲開始，服用 _____ 年； <input type="checkbox"/> 否。												
是否有感覺到異常腫塊？	<input type="checkbox"/> 有摸到硬塊或疼痛、壓痛，請在右圖相關位置標示「X」； <input type="checkbox"/> 沒有症狀； <input type="checkbox"/> 未做過乳房自我檢查。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div>												
其他	最近二年內是否曾做過下列檢查（可複選）？ <input type="checkbox"/> 醫護人員觸診； <input type="checkbox"/> 乳房攝影 X 光檢查； <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> 以上皆未做過。 是否曾接受過乳房手術？ <input type="checkbox"/> 是：(<input type="checkbox"/> 左側， <input type="checkbox"/> 右側)； <input type="checkbox"/> 否。												
1. 本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用。 2. 乳房 X 光攝影經證實可發現早期乳癌，但準確度並非 100%，約有 15% 的乳癌無法有效偵測，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。													
受檢婦女簽名： _____													
為提升影像判讀準確性，本人同意相關醫事人員可於看診或判讀報告時查詢本人歷次篩檢報告及影像。 受檢婦女簽名： _____													

乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)										
醫院名稱					醫事機構代碼					
攝影日期	年 月 日									
攝影儀機型	<input type="checkbox"/> CR 乳房 X 光攝影儀 (Computed Radiography, CR) ; <input type="checkbox"/> DR 乳房 X 光攝影儀 (Digital Radiography, DR) ; <input type="checkbox"/> 乳房斷層攝影機 (Tomosynthesis, Tomo) 。									
乳房觸診檢查	<input type="checkbox"/> 有腫塊或其他異常，請在右圖相關位置標示「X」； <input type="checkbox"/> 無異常； <input type="checkbox"/> 未做觸診檢查。									
乳腺組成	<input type="checkbox"/> Fatty breast ; <input type="checkbox"/> Scattered fibroglandular density ; <input type="checkbox"/> Heterogeneously dense ; <input type="checkbox"/> Extremely dense 。									
與舊片比較	<input type="checkbox"/> 是 ; <input type="checkbox"/> 否，理由為： <input type="checkbox"/> 第一次篩檢， <input type="checkbox"/> 無法取得舊片， <input type="checkbox"/> 無法獲知是否有舊片。									
攝影判讀日期	年 月 日									
攝影檢查結果	<p>※ Category 0, 3, 4, 5 需加填「乳房 X 光攝影檢查異常個案報告表」。</p> <input type="checkbox"/> (0) 需附加其他影像檢查再評估 (Category 0: Need Additional Imaging Evaluation.) <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現 (Category 1: Negative.) <input type="checkbox"/> (2) 良性發現 (Category 2: Benign Finding) <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查 (六至十二個月) (Category 3: Probably Benign Finding—Short Interval Follow-Up Suggested.) <input type="checkbox"/> (4) 可疑異常須考慮組織生檢 (Category 4: Suspicious Abnormality—Biopsy Should Be Considered.) <input type="checkbox"/> a. Low suspicion <input type="checkbox"/> b. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> c. High suspicion <input type="checkbox"/> (5) 高度懷疑為惡性腫瘤必須採取適當的措施 (Category 5: Highly Suggestive of Malignancy—Appropriate Action Should Be Taken.)									
放射科醫師					醫事放射師					

(111 年 3 月修訂)

健康署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

立聲明書人_____（以下簡稱本人），因為_____之原因，故無法出具二親等以內血親曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件，茲證明我的 母親， 姊妹， 女兒， 祖母， 外祖母 曾患有乳癌，該名親屬姓名為_____，身分證統一編號（死亡者免填）：_____，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。

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務異常個案報告表

病歷號： _____

檢查資訊										
姓名			身分證統一編號							
			統一證號(外籍)							
出生日期	年	月	日	攝影日期	年	月	日			
醫院名稱				放射科醫師						
乳房 X 光攝影陽性結果										
<input type="checkbox"/> Category 0: Need Additional Imaging Evaluation. <input type="checkbox"/> Category 3: Probably Benign Finding — Short Interval Follow-up Is Suggested. <input type="checkbox"/> Category 4: Suspicious Abnormality — Biopsy Should Be Considered. <input type="checkbox"/> a. Low suspicion ; <input type="checkbox"/> b. Moderate suspicion ; <input type="checkbox"/> c. High suspicion <input type="checkbox"/> Category 5: Highly Suggestive of Malignancy — Appropriate Action Should Be Taken.										
病灶勾選 (如單側多處病灶或兩側皆有病灶, 請以不同表單分開呈現)										
<input type="checkbox"/> 1. Mass: <input type="checkbox"/> Rt. <input type="checkbox"/> Lt. <input type="checkbox"/> Multiple, Unilateral <input type="checkbox"/> Multiple, Bilateral										
Location	<input type="checkbox"/> UOQ <input type="checkbox"/> UIQ <input type="checkbox"/> LOQ <input type="checkbox"/> LIQ <input type="checkbox"/> Subareolar <input type="checkbox"/> Axillary tail									
	One view only		<input type="checkbox"/> Upper Hemisphere		<input type="checkbox"/> Lower Hemisphere					
			<input type="checkbox"/> Outer Hemisphere		<input type="checkbox"/> Inner Hemisphere					
Size	<input type="checkbox"/> < 1.0 cm	<input type="checkbox"/> 1-2 cm	<input type="checkbox"/> 2-3 cm	<input type="checkbox"/> 3-4 cm	<input type="checkbox"/> > 4 cm					
Shape	<input type="checkbox"/> Round	<input type="checkbox"/> Oval	<input type="checkbox"/> Lobular	<input type="checkbox"/> Irregular						
Margin	<input type="checkbox"/> Circumscribed	<input type="checkbox"/> Microlobulated	<input type="checkbox"/> Obscured	<input type="checkbox"/> Indistinct	<input type="checkbox"/> Spiculated					
Density	<input type="checkbox"/> High density	<input type="checkbox"/> Equal density	<input type="checkbox"/> Low-density	<input type="checkbox"/> Fat-containing						
<input type="checkbox"/> 2. Calcifications: <input type="checkbox"/> Rt. <input type="checkbox"/> Lt. <input type="checkbox"/> Multiple, Unilateral <input type="checkbox"/> Multiple, Bilateral										
Location	<input type="checkbox"/> UOQ <input type="checkbox"/> UIQ <input type="checkbox"/> LOQ <input type="checkbox"/> LIQ <input type="checkbox"/> Subareolar <input type="checkbox"/> Axillary tail									
	One view only		<input type="checkbox"/> Upper Hemisphere		<input type="checkbox"/> Lower Hemisphere					
			<input type="checkbox"/> Outer Hemisphere		<input type="checkbox"/> Inner Hemisphere					
Distribution	<input type="checkbox"/> Grouped	<input type="checkbox"/> Linear	<input type="checkbox"/> Segmental	<input type="checkbox"/> Regional	<input type="checkbox"/> Diffuse					
Morphology	<input type="checkbox"/> Amorphous	<input type="checkbox"/> Coarse Heterogeneous	<input type="checkbox"/> Fine Pleomorphic	<input type="checkbox"/> Fine Linear Branching						
<input type="checkbox"/> 3. Asymmetry: <input type="checkbox"/> Rt. <input type="checkbox"/> Lt. <input type="checkbox"/> Asymmetry <input type="checkbox"/> Focal asymmetry <input type="checkbox"/> Developing asymmetry										
Location	<input type="checkbox"/> UOQ <input type="checkbox"/> UIQ <input type="checkbox"/> LOQ <input type="checkbox"/> LIQ <input type="checkbox"/> Subareolar <input type="checkbox"/> Axillary tail									
	One view only		<input type="checkbox"/> Upper Hemisphere		<input type="checkbox"/> Lower Hemisphere					
			<input type="checkbox"/> Outer Hemisphere		<input type="checkbox"/> Inner Hemisphere					
<input type="checkbox"/> 4. Architectural Distortion: <input type="checkbox"/> Rt. <input type="checkbox"/> Lt.										
Location	<input type="checkbox"/> UOQ <input type="checkbox"/> UIQ <input type="checkbox"/> LOQ <input type="checkbox"/> LIQ <input type="checkbox"/> Subareolar <input type="checkbox"/> Axillary tail									
	One view only		<input type="checkbox"/> Upper Hemisphere		<input type="checkbox"/> Lower Hemisphere					
			<input type="checkbox"/> Outer Hemisphere		<input type="checkbox"/> Inner Hemisphere					
<input type="checkbox"/> 5. Thickening or retraction of the skin and/or nipple: <input type="checkbox"/> Rt./ <input type="checkbox"/> Lt.										
<input type="checkbox"/> 6. Dense or enlarged axillary LNs: <input type="checkbox"/> Rt./ <input type="checkbox"/> Lt.										
<input type="checkbox"/> 7. Dilated lactiferous ducts: <input type="checkbox"/> Rt./ <input type="checkbox"/> Lt.										
<input type="checkbox"/> 8. Diffuse thickening of the skin and increased density: <input type="checkbox"/> Rt./ <input type="checkbox"/> Lt.										
<input type="checkbox"/> 9. Others:										

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務陽性個案追蹤表

個人基本資料 (攝影醫院填寫)									
姓名				身分證統一編號					
				統一證號 (外籍)					
出生日期	年 月 日	年齡： 歲		聯絡資訊	電話：() 手機：				
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣 市 鄉 村 路 段 巷 號 市 區 鎮 里 街 弄 樓								
乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)									
醫院名稱				醫事機構代碼					
攝影日期	年 月 日			攝影判讀日期	年 月 日				
攝影檢查結果	<input type="checkbox"/> (Category 0) 需附加其他影像檢查再評估 <input type="checkbox"/> (Category 3) 可能是良性發現一須短期追蹤檢查 (六至十二個月)			<input type="checkbox"/> (Category 4) 可疑異常須考慮組織生檢 <input type="checkbox"/> A. Low suspicion <input type="checkbox"/> B. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (Category 5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施					
追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料)									
複檢及確診請於 確認診斷醫療院所 或 確認診斷及治療醫院 進行；手術及治療請於 確認診斷及治療醫院 進行									
乳房 X 光攝影檢查結果為 (Category 0、3) 之複檢結果 (確診或確診及治療醫院填寫)									
複檢醫院名稱				醫事機構代碼					
複檢日期	年 月 日								
複檢主治醫師									
複檢方式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 診斷性乳房 X 光攝影檢查； <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> 乳房磁振造影檢查； <input type="checkbox"/> 其他複檢方式：								
	該項複檢方式檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現一須短期追蹤檢查 (六至十二個月)。 <input type="checkbox"/> (4) 可疑異常須考慮組織生檢。 <input type="checkbox"/> A. Low <input type="checkbox"/> B. Moderate <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施。								
乳篩陽性個案為 (4)、(5) 及複檢後結果為 (4)、(5) 之確診檢查結果 (確診或確診及治療醫院填寫)									
確診醫院名稱				醫事機構代碼					
確診日期	年 月 日			確定診斷	<input type="checkbox"/> 非乳癌； <input type="checkbox"/> 乳癌。				
確診主治醫師									
確診方式 (可複選)	病理診斷	<input type="checkbox"/> 細針抽吸； <input type="checkbox"/> 粗針穿刺； <input type="checkbox"/> 鈎針定位； <input type="checkbox"/> 立體定位穿刺； <input type="checkbox"/> 手術切片檢查							
	臨床診斷	<input type="checkbox"/> 超音波； <input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影； <input type="checkbox"/> MRI； <input type="checkbox"/> 其他： 臨床診斷檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現-須短期追蹤檢查 (六至十二個月)。							
手術	<input type="checkbox"/> 無，原因： <input type="checkbox"/> 拒絕手術； <input type="checkbox"/> 腫瘤轉移； <input type="checkbox"/> 中醫療法； <input type="checkbox"/> 其他 (請說明理由)。 <input type="checkbox"/> 有：日期 年 月 日； 手術醫院名稱： 醫事機構代碼： ，主治醫師： 。								
<input type="checkbox"/> 非手術切片病理結果 (局部淋巴結欄位可不填) <input type="checkbox"/> 手術切片病理結果 (以上皆須附病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)				分級 (Grade)				
	腫瘤大小 (Size)				× × cm		<input type="checkbox"/> 腺管原位癌 (DCIS) <input type="checkbox"/> 侵襲性癌 (Invasive carcinoma)		
	局部淋巴結 (Regional LN)				/		(Positive nodes/Total nodes)		
	病理分期 (Pathological Stage)				T: N: M: S:				
癌症治療 (可複選)	有進行 <input type="checkbox"/> 放射線治療、 <input type="checkbox"/> 化學治療、 <input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療、 <input type="checkbox"/> 標靶治療、 <input type="checkbox"/> 免疫治療 治療日期： 年 月 日； 治療醫院名稱： ，醫事機構代碼： ，主治醫師： 。								<input type="checkbox"/> 未治療
<input type="checkbox"/> 個案無法追蹤，拒絕回診、複檢，轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤； 追蹤單位： (縣/市) 衛生所；追蹤人員姓名： ，追蹤日期： 年 月 日。									

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務陽性個案追蹤表

個人基本資料 (攝影醫院填寫)										
姓名				身分證統一編號						
				統一證號 (外籍)						
出生日期	年 月 日	年齡： 歲		聯絡資訊	電話：() 手機：					
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣 市 鄉 村 路 段 巷 號 市 區 鎮 里 街 弄 樓									
乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)										
醫院名稱				醫事機構代碼						
攝影日期	年 月 日			攝影判讀日期	年 月 日					
攝影檢查結果	<input type="checkbox"/> (Category 0) 需附加其他影像檢查再評估 <input type="checkbox"/> (Category 3) 可能是良性發現-須短期追蹤檢查 (六至十二個月)			<input type="checkbox"/> (Category 4) 可疑異常須考慮組織生檢 <input type="checkbox"/> A. Low suspicion <input type="checkbox"/> B. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (Category 5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施						
追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料)										
複檢及確診請於 確認診斷醫療院所 或 確認診斷及治療醫院 進行；手術及治療請於 確認診斷及治療醫院 進行										
乳房 X 光攝影檢查結果為 (Category 0、3) 之複檢結果 (確診或確診及治療醫院填寫)										
複檢醫院名稱				醫事機構代碼						
複檢日期	年 月 日									
複檢主治醫師										
複檢方式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 診斷性乳房 X 光攝影檢查； 該項複檢方式檢查結果為： <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> 乳房磁振造影檢查； <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> 其他複檢方式： <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現-須短期追蹤檢查 (六至十二個月)。 <input type="checkbox"/> (4) 可疑異常須考慮組織生檢。 <input type="checkbox"/> A. Low <input type="checkbox"/> B. Moderate <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施。									
乳篩陽性個案為 (4)、(5) 及複檢後結果為 (4)、(5) 之確診檢查結果 (確診或確診及治療醫院填寫)										
確診醫院名稱				醫事機構代碼						
確診日期	年 月 日			確定診斷	<input type="checkbox"/> 非乳癌； <input type="checkbox"/> 乳癌。					
確診主治醫師										
確診方式 (可複選)	病理診斷	<input type="checkbox"/> 細針抽吸； <input type="checkbox"/> 粗針穿刺； <input type="checkbox"/> 鈎針定位； <input type="checkbox"/> 立體定位穿刺； <input type="checkbox"/> 手術切片檢查								
	臨床診斷	<input type="checkbox"/> 超音波； <input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影； <input type="checkbox"/> MRI； <input type="checkbox"/> 其他： 臨床診斷檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現-須短期追蹤檢查 (六至十二個月)。								
手術	<input type="checkbox"/> 無，原因： <input type="checkbox"/> 拒絕手術； <input type="checkbox"/> 腫瘤轉移； <input type="checkbox"/> 中醫療法； <input type="checkbox"/> 其他 (請說明理由)。 <input type="checkbox"/> 有：日期 年 月 日； 手術醫院名稱： 醫事機構代碼： ，主治醫師： 。									
<input type="checkbox"/> 非手術切片病理結果 (局部淋巴結欄位可不填) <input type="checkbox"/> 手術切片病理結果 (以上皆須附病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)				分級 (Grade)					
	腫瘤大小 (Size)	× ×		cm						
	局部淋巴結 (Regional LN)	/		(Positive nodes/Total nodes)						
	病理分期 (Pathological Stage)	T: N: M: S:								
癌症治療 (可複選)	有進行 <input type="checkbox"/> 放射線治療、 <input type="checkbox"/> 化學治療、 <input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療、 <input type="checkbox"/> 標靶治療、 <input type="checkbox"/> 免疫治療 治療日期： 年 月 日； 治療醫院名稱： ，醫事機構代碼： ，主治醫師： 。							<input type="checkbox"/> 未治療		
<input type="checkbox"/> 個案無法追蹤，拒絕回診、複檢，轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤； 追蹤單位： (縣/市) 衛生所；追蹤人員姓名： ，追蹤日期： 年 月 日。										

附表四之八

婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢評估表

(請併同婦女乳房 X 光攝影檢查相關表單保存)

基本資料 (檢查婦女填寫)												
姓名	身份證字號											
	護照號碼 (外籍人士)											
乳房 X 光攝影檢查前評估注意項目										是	否	
1	懷孕婦女、無法排除有可能懷孕或近期計畫懷孕的婦女											
2	正在哺乳的婦女											
3	乳房動過手術或隆乳											
4	婦女自述乳房有摸到硬塊、疼痛、壓痛、或其他任何異常											
5	身體不適，無法久站											
6	頸椎受傷或曾經開刀											
7	肩膀有「五十肩」或曾經受傷或手術後，手無法抬高者											
8	本身為容易瘀青體質者											
9	有巴金森氏症											
10	有胸骨塌陷或胸廓曾經開刀											
11	其他須告知事項 (如身上有植入物、導管、心律調節器)											
受檢者簽名：_____												
評估結果 (放射人員填寫)												
<p>1. 乳房 X 光攝影評估項目若一至二任一項勾選『是』：不提供檢查，建議轉赴醫院評估。</p> <p>2. 乳房 X 光攝影評估項目若三至十一任一項勾選『是』：經醫事放射師 (士) 評估後，可執行檢查，請放射師注意其安全性，切勿造成二次傷害；若不能檢查則建議轉赴醫院受檢評估。</p> <p>註：考量自述乳房有摸到硬塊、疼痛、壓痛、或其他任何異常之婦女，有極少數可能為異常的組織，為避免錯失早期發現之機會，建議應儘可能當場提供檢查，並告知婦女須持檢查結果赴醫院就診。</p> <p>3. 乳房 X 光攝影放射師 (士) 評估結果：</p> <p><input type="checkbox"/> 可當場接受乳房 X 光攝影檢查</p> <p><input type="checkbox"/> 不適合當場接受乳房 X 光攝影檢查，建議至醫院評估和檢查</p>												
乳房 X 光攝影放射師 (士) 簽名：_____												
日期：_____年 _____月 _____日												

附表五之一 執行定量免疫法糞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

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
定量免疫法糞便潛血檢查服務	一、申請辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務者，應為全民健康保險特約醫院、診所，其檢體應送至經通過健康署資格審查的糞便潛血檢驗醫事機構。 二、經本部認可辦理定量免疫法糞便潛血檢驗醫事機構之名單，將公告於健康署網站。	申請辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務者，應為全民健康保險特約醫院、診所，其檢體應送至經通過健康署資格審查的糞便潛血檢驗醫事機構，並由領有醫事檢驗師及醫事檢驗生證書之人員檢驗。

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菸品健康福利捐經費補助」。
- 二、特約醫事服務機構申請定量免疫法糞便潛血檢查社區巡迴服務，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、辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務之醫事機構，其檢體如委託其他通過本部認可之檢驗醫事機構代檢者，應與其簽保密切結書，以維護篩檢個案隱私。

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

(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
85	IC85	五十歲以上至未滿七十五歲者，每二年一次 (備註一)	1. 提供民眾含保存液之採檢管、衛教單張、衛教諮詢、洽催採檢管繳送、設置回收點、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
		加強篩檢異常(陽性)民眾追蹤(備註四)		100~250
<p>備註：</p> <p>一、有關年齡與間隔時間皆以「年份」為檢核條件： (一) 年齡條件定義為「$50 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 75$」。 (二) 篩檢間隔條件為「當次就醫年 - 前次就醫年 ≥ 2」。</p> <p>二、衛教檢核表將公告於健康署網站。</p> <p>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報費用。</p> <p>四、加強篩檢異常(陽性)民眾追蹤： 糞便潛血檢驗結果為陽性者，於檢驗日期起 3 個月內接受後續確診(大腸鏡檢查)，依年度確診率達成情形，採分段補助，亦即於同一特約機構之確診個案，每名追蹤費最低補助 100 元及最高為 250 元。健保特約醫事服務機構確診率達成情形，將定期公告於健康署網站，並於次年結算後，委請健保署代撥費用(名單將公告於健康署網站，名單內醫療院所方能獲得補助費用)。 (一) 確診率 $< 55\%$：支付 100 元/每名確診個案。 (二) $60\% > \text{確診率} \geq 55\%$：支付 150 元/每名確診個案。 (三) $70\% > \text{確診率} \geq 60\%$：支付 200 元/每名確診個案。 (四) 確診率 $\geq 70\%$：支付 250 元/每名確診個案。</p>				

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，於服務前查核健保卡註記或查詢癌症整合資訊系統篩檢資格。
表單填寫與保存	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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讀，應通知其複檢；如發現需追蹤確診之疑似陽性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。</p>

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：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；
②其他。

篩檢地點：①社區或職場設站篩檢；②門診；③住院；④郵寄；⑤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 村 路 段 巷 號
市 區鎮 里 街 弄 樓
教育：①無；②小學；③國(初)中；④高中(職)；⑤專科、大學；⑥研究所以以上；⑦拒答

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？①無；②有；③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？①無；②有；③不知道。

有無症狀

請問您有無腸道不適症狀？如腹瀉、便秘、糞便變稠、排泄黏液、便血、黃便帶血或其他症狀①無；②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：①陰性 ②陽性，數值：_____。
4. 定量試劑商品名稱：①Eiken，②Kyowa(HM-JACK)，③其他_____，④Kyowa(HM-JACKarc)。

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沒有接受後續確診？①沒有；②有。
2. 沒有接受確診理由為：①無法聯繫，②出國，③搬家，④死亡，⑤拒做，⑥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：①大腸鏡，②乙狀結腸鏡加大腸鉬劑攝影，③乙狀結腸鏡，④大腸鉬劑攝影，⑤其他_____。
5. 診斷：①正常，②痔瘡，③潰瘍性大腸炎，④瘻肉，⑤大腸癌，⑥其他_____。
*如有瘻肉，瘻肉有無切除：①未切除 ②已完全切除 ③未完全切除。
6. 癌症治療：①無，原因：_____

②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」、「消化腸胃系內科」、「內視鏡科(中心)」或「一般外科」；建議確診檢查項目為「大腸鏡」。

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：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；
②其他。

篩檢地點：①社區或職場設站篩檢；②門診；③住院；④郵寄；⑤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 村 路 段 巷 號
市 區鎮 里 街 弄 樓
教育：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

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？①無；②有；③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？①無；②有；③不知道。

有無症狀

請問您有無腸道不適症狀?如腹瀉、便秘、糞便變稠、排泄黏液、便血、黃便帶血或其他症狀①無；②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：①陰性 ②陽性，數值：_____。
- 4. 定量試劑商品名稱：①Eiken，②Kyowa(HM-JACK)，③其他_____，④Kyowa(HM-JACKarc)。

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沒有接受後續確診？ ①沒有；②有。
- 2. 沒有接受確診理由為：①無法聯繫，②出國，③搬家，④死亡，⑤拒做，⑥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：①大腸鏡，②乙狀結腸鏡加大腸鉭劑攝影，③乙狀結腸鏡，④大腸鉭劑攝影，⑤其他_____。
- 5. 診斷：①正常，②痔瘡，③潰瘍性大腸炎，④瘻肉，⑤大腸癌，⑥其他_____。
*如有瘻肉，瘻肉有無切除：①未切除 ②已完全切除 ③未完全切除。
- 6. 癌症治療：①無，原因：_____

②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」、「消化腸胃系內科」、「內視鏡科(中心)」或「一般外科」；建議確診檢查項目為「大腸鏡」。

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：

1. 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。
2. 格式欄位 V 為必填、△為非必填或條件限制下必填；
3. 英數文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 0)。
4. 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： 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：住院； 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 日請鍵入 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，大寫半型英數字元。如：A123456789

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	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)。
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	檢查醫療院所代碼	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	YYYYMMDD，例如99年2月1日鍵入0990201
18	糞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	YYYYMMDD，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：Eiken； 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 38 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	檢查醫療院所代碼	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：拒做； 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 0990608 （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） 此為陽性個案至醫療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：大腸銀劑攝影加乙狀結腸鏡； 3：乙狀結腸鏡； 4：大腸銀劑攝影； 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：瘰肉； 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瘰肉>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	如有瘰肉，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：瘰肉」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	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	
3	門診日期	文字	7	V	YYYYMMDD，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 檔產出規則

- 一、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。
- 二、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。
- 三、產生txt的命名規則為：ColonA 檢驗單位健保代碼_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	<p>一、辦理口腔癌確認診斷之醫事機構，須符合「醫療機構設置標準」所定之醫院類別。</p> <p>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：</p> <p>(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</p> <p>(二) 口鏡</p> <p>(三) 充足的光源 (LED 頭燈或站立式光源)</p> <p>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。</p>	<p>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西醫專科、中醫師需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。</p>

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菸品健康福利捐經費補助」。
- 二、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。
- 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及預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則辦理。
- 四、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

(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
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

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需為嚼檳榔(含已戒)或吸菸民眾，十八歲以上至未滿三十歲服務對象身分需為嚼檳榔(含已戒)原住民。

(二)篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年-前次就醫年 ≥ 2 」。

(三)補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為。

1、代碼95之年齡條件定義為「就醫年-出生年 ≥ 30 」。

2、代碼97之年齡條件定義為「 $18 \leq$ 就醫年-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，應請其填具聲明書)，提供特約醫事服務機構驗證；特約醫事服務機構驗證後須於病歷上登載「原住民」身分別備查。

二、口腔黏膜檢查醫療機構經評符合下列三項指標(資料來源為健康署癌症篩檢系統)者，每案口腔黏膜檢查增加20元(醫療機構名單將公告於健康署網站，名單內之醫療機構方能獲得補助)：

(一)完整申報篩檢個案「菸檳行為」達95%。

(二)篩檢陽性個案電話追蹤和申報至少達95%，且二個月內接受後續確診至少達60%；口腔癌及癌前病變偵測率不得為0。

(三)篩檢陽性個案追蹤結果為「無法聯繫」、「出國」及「搬家」及「拒做」者小於10%。

附表六之三 口腔黏膜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	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，於服務前查核健保卡註記或查詢口腔癌篩檢系統(VPN)篩檢資格。 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具戶口名簿(如服務對象無法提出證明，應請其填具聲明書，如附表六之五)，並於病歷上登載「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。

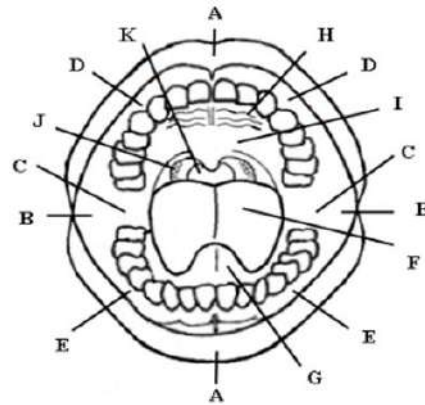
【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

第一聯：存檢查醫療機構

篩檢補助對象：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：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；⑥其他。
 篩檢地點：①社區或職場設站篩檢；②醫療院所。
 檢查醫師科別：①牙科；②耳鼻喉科；③經健康署核可之其他科別專科醫師。

口腔黏膜初檢異常部位標示圖



- A:口唇
- B:頰黏膜
- C:白齒後三角區
- D:上牙齒/齒槽黏膜
- E:下牙齒/齒槽黏膜
- F:舌
- G:口底黏膜
- H:硬腭
- I:軟腭
- J:扁桃體
- K:口咽後壁黏膜
- L:其他

檢查醫師簽名或(蓋章)：_____

醫師執業執照號碼：_____

A:基本資料 (受檢者自填) 原住民：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：-----)
 縣 鄉鎮 村 路
 市 市區 里 (街)
 段 巷 弄 號 樓
 教育：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

初篩陽性個案轉診單

(建議轉介確診醫院科別：口腔顎面外科、耳鼻喉科、口腔病理科、一般病理科)

- 前項檢查陽性個案轉至_____醫院接受確診
- 轉診醫師：_____，聯絡電話：_____

菸檳習慣

1.嚼檳榔習慣：

- ①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。

2.吸菸習慣：

- ①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。

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、難癒合之潰瘍及腫塊症狀①無；②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，並確認以上菸檳習慣正確無誤：_____ (簽名)

口腔黏膜檢查情形 (初檢醫師填寫)

1.檢查醫療院所名稱及代碼：_____
 門診日期：民國_____年_____月_____日。

2.檢查結果：

- ①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2種以上原因，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較小者)
- 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；⑦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(張口不易或舌頭活動困難)
- ⑧約2星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛；
- ⑨扁平苔癬；⑩口腔黏膜不正常，但診斷未明；
- ⑨⑨其他：_____。

經病理診斷(確診)為：

- ①口腔癌；
- ②上皮變異 (③輕度④中度⑤重度)；
- ⑨⑨其他：_____。

6.治療：

- ①無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入
- ①有做手術、放療、化療或其他治療，治療醫院名稱及代碼_____。
- ②個案拒絕治療，理由_____。

健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單

(111年3月修訂)

【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」】

第二聯：存確診及治療醫院

篩檢補助對象：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：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；⑥其他。
 篩檢地點：①社區或職場設站篩檢；②醫療院所。
 檢查醫師科別：①牙科；②耳鼻喉科；③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：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：-----)

縣 鄉鎮 村 路
 市 市區 里 (街)
 段 巷 弄 號 樓

教育：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

菸檳習慣

1. 嚼檳榔習慣：

- ①無；
②已戒；
③嚼10年以下，每天少於20顆；
④嚼10年以下，每天20顆及以上；
⑤嚼超過10年，每天少於20顆；
⑥嚼超過10年，每天20顆及以上。

2. 吸菸習慣：

- ①無；
②已戒；
③吸10年以下，每天少於20支；
④吸10年以下，每天20支及以上；
⑤吸超過10年，每天少於20支；
⑥吸超過10年，每天20支及以上。

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、難癒合之潰瘍及腫塊症狀①無；②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，並確認以上菸檳習慣正確無誤：_____ (簽名)

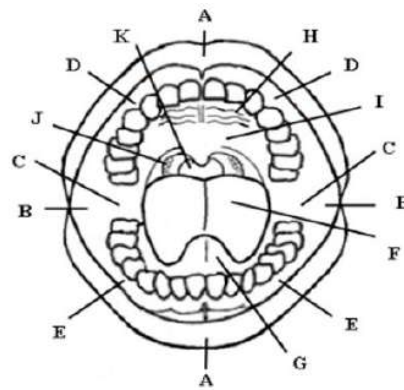
口腔黏膜檢查情形 (初檢醫師填寫)

1. 檢查醫療院所名稱及代碼：_____
 門診日期：民國_____年_____月_____日。

2. 檢查結果：

- ①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2種以上原因，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較小者)
②疑似口腔癌；③口腔內外不明原因之持續性腫塊；④紅斑；⑤紅白斑；⑥疣狀增生；⑦非均質性白斑；⑧均質性厚白斑；⑨均質性薄白斑；⑩口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)
⑪約2星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛；
⑫扁平苔癬；⑬口腔黏膜不正常，但診斷未明；
⑭其他：_____。

口腔黏膜初檢異常部位標示圖



- A: 口唇
 B: 頰黏膜
 C: 白齒後三角區
 D: 上牙齦/齒槽黏膜
 E: 下牙齦/齒槽黏膜
 F: 舌
 G: 口底黏膜
 H: 硬腭
 I: 軟腭
 J: 扁桃體
 K: 口咽後壁黏膜
 L: 其他 _____

檢查醫師簽名或(蓋章)：_____

醫師執業執照號碼：_____

初篩陽性個案轉診單

(建議轉介確診醫院科別：口腔顎面外科、耳鼻喉科、口腔病理科、一般病理科)

1. 前項檢查陽性個案轉至 _____ 醫院接受確診
 2. 轉診醫師：_____，聯絡電話：_____

B: 個案確診結果 (由複檢醫療院所執行確診個案後填寫)

1. 前項檢查陽性個案於檢查後2個月內有沒有接受後續確診?①沒有；②有。
 2. 沒有接受確診理由為：①無法聯繫；②出國；③搬家；④死亡；⑤拒做；⑥其他_____
 3. 確診(複檢)醫院名稱及代碼：_____
 確診(複檢)日期：民國_____年_____月_____日
 4. 病理切片：①無；②有。
 5. 診斷結果：①無明顯異常，經臨床診斷(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變(如可區分白斑型態，請優先勾選⑧⑨⑩)：

- ⑧疑似口腔癌；
⑨紅斑；
⑩紅白斑；
⑪白斑；
⑫非均質性白斑；
⑬均質性厚白斑；
⑭均質性薄白斑；
⑮疣狀增生；
⑯口腔黏膜下纖維化症；
⑰扁平苔癬；
⑱其他：_____。

經病理診斷(確診)為：

- ①口腔癌；
②上皮變異 (③輕度④中度⑤重度)；
⑥其他：_____

6. 治療：

- ①無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入
②有做手術、放療、化療或其他治療，治療醫院名稱及代碼_____
③個案拒絕治療，理由_____。

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捐補助」】

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，俾利回覆資料檢核結果，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、英數文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 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：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：醫療院所。
3	檢查醫師科別	文字	1	V	1：牙科； 2：耳鼻喉科； 3：經健康署核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爛/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	20	△	若檢查結果為0以外之代碼，口腔黏膜初檢異常部位編碼為必填(可複選)。 A：口唇 B：頰黏膜 C：白齒後三角區

					D：上牙齦/齒槽黏膜 E：下牙齦/齒槽黏膜 F：舌 G：口底黏膜 H：硬腭 I：軟腭 J：扁桃體 K：口咽後壁黏膜 L：其他
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	前項檢查疑陽性個案轉至醫院代碼	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」，不可匯入確診 無資料時請以 10 個字元的空白代替
25	前項檢查陽性個案轉診醫院電話	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	轄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			291		

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	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	與表二的序號 18 檢查醫療院所代碼相同。
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	陽性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：拒做 6：其他 若 7：陽性個案後續確診為「0：沒有」時必填。
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	確診醫院代碼	文字	10	△	若 7：陽性個案後續確診為「1：有」時，此欄必填。 健保署特約醫事機構代碼（一律為 10 碼）
11	確診日期	文字	7	△	YYYYMMDD，例如 99 年 3 月 1 日鍵入 0990301 若 7：陽性個案後續確診為「1：有」時，此欄必填。
12	病理切片	文字	1	△	0：無；1：有。 若 11：確診日期有填寫時，此欄必填。
13	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 11：白斑； 12：紅斑； 13：紅白斑； 14：疣狀增生； 15：口腔黏膜纖維化； 16：扁平苔蘚； 20：疑似口腔癌 99：其他 若 11：確診日期有填寫時，13 或 14 欄位擇 1 必填。
14	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）
15	診斷（確診）結果-病理診斷	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 11: 確診日期有填寫時, 13 或 14 欄位擇 1 必填。 若 12 之病理切片為「1 有」時為必填。
16	診斷(確診)結果-病理診斷-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)
17	治療	文字	1	△	0: 無; 1: 有; 2: 個案拒絕治療。 若 11: 確診日期有填寫時, 且 13 或 14: 診斷結果非「00: 正常」時, 此欄必填。
18	治療醫院代碼	文字	10	△	若 17: 治療為「1 有」時必填。 陽性個案後續確診為「0 沒有」時非必填。
每筆資料總長度			211		

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	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	檢查醫療院所代碼
3	門診日期	文字	7	V	YYMMDD, 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	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	檢查醫療院所代碼
3	門診日期	文字	7	V	YYMMDD, 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 檔產出規則

- 一、口腔檢查結果：每筆資料均為固定長度，共 24 個欄位／231 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。
- 二、口腔確診追蹤：每筆資料均為固定長度，共 18 個欄位／211 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。
- 三、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	<p>一、申請辦理成人預防保健服務者：</p> <p>(一) 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。</p> <p>(二) 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。</p> <p>(三) 應具備近三年內通過檢驗項目能力試驗之證明文件。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。檢驗項目能力試驗證明之說明表，詳如下方「其他應配合事項」第五點。</p> <p>(四) 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。</p> <p>二、機構應取得並保存近三年內通過檢驗項目能力試驗之證明文件。</p>	<p>1. 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。</p> <p>2. 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。但本署仍得依執行情形限制或停止之。</p>

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、特約醫事檢驗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（請服務對象填具聲明書如附表七之五）。
 - (三) 特約醫事服務機構收到前述特約醫事檢驗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，並由當地衛生局將篩檢項目、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、血膽固醇及三酸甘油酯四項與成人預防保健服務近乎相同之檢查項目。

(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、血膽固醇及三酸甘油酯四項與成人預防保健服務近乎相同之檢查項目。

(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	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)。
能力試驗證明文件出具單位	1.國內：台灣醫事檢驗學會、財團法人全國認證基金會 (Taiwan Accreditation Foundation, TAF) 或相當等級之單位。 2.國外：美國病理學會 (College of American Pathologists, CAP) 或相當等級之單位。
能力試驗證明文件通過年份	(申請年份 - 文件年份) \leq 3

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	<p>第一段</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>三、尿液檢查：蛋白質。</p> <p>四、腎絲球過濾率計算。</p> <p>五、低密度脂蛋白膽固醇計算。</p>	300
23	IC21		<p>第二段</p> <p>一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。</p> <p>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、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。</p> <p>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。</p>	220
22	IC22	六十五歲以上者，每年補助一次	<p>第一段</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>三、尿液檢查：蛋白質。</p> <p>四、腎絲球過濾率計算。</p> <p>五、低密度脂蛋白膽固醇計算。</p>	300
24	IC22		<p>第二段</p> <p>一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。</p> <p>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、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。</p> <p>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。</p>	220
25	IC23	罹患小兒麻痺且年在三十五歲以上者，每年補助一次	<p>第一段</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>三、尿液檢查：蛋白質。</p> <p>四、腎絲球過濾率計算。</p> <p>五、低密度脂蛋白膽固醇計算。</p>	300

26	IC23		第二階段	<p>一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。</p> <p>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、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。</p> <p>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。</p>	220
27	IC24	身分別為原住民且五十五歲以上未滿六十五歲，每年補助一次	第一階段	<p>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。</p> <p>二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油脂、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐。</p> <p>三、尿液檢查：蛋白質。</p> <p>四、腎絲球過濾率計算。</p> <p>五、低密度脂蛋白膽固醇計算。</p>	300
28	IC24		第二階段	<p>一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。</p> <p>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、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。</p> <p>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。</p>	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	民國五十五年以後(含五十五年)出生且滿四十五歲，終身補助一次	第一階段	<p>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。</p> <p>二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油脂、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。】</p> <p>三、尿液檢查：蛋白質。</p> <p>四、腎絲球過濾率計算。</p> <p>五、低密度脂蛋白膽固醇計算。</p>	500
23	IC21		第二階段	<p>一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。</p> <p>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、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。</p> <p>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。</p>	220
25+L1001C 限併同申報	IC23	民國五十五年以後(含	第一階段	<p>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、</p>	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		<p>長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。</p> <p>二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油脂、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。】</p> <p>三、尿液檢查：蛋白質。</p> <p>四、腎絲球過濾率計算。</p> <p>五、低密度脂蛋白膽固醇計算。</p>	
26	IC23		第二階段	<p>一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。</p> <p>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、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。</p> <p>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。</p>	220
27+L1001C (自一百零八年六月一日生效，一百零九年十一月一日起暫停使用)	IC24	身分別為原住民且四十歲以上未滿六十一歲者，終身補助一次	第一階段	<p>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。</p> <p>二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油脂、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。】</p> <p>三、尿液檢查：蛋白質。</p> <p>四、腎絲球過濾率計算。</p> <p>五、低密度脂蛋白膽固醇計算。</p>	500
28	IC24		第二階段	<p>一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。</p> <p>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、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。</p> <p>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。</p>	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至七十九歲者，終身補助一次		<p>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。】，與一〇〇八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。</p>	200

備註：

- 一、成人預防保健服務代碼(21至28)之服務項目，自一百年八月一日開始實施。
- 二、四十五歲至七十九歲及身分別為原住民四十歲至七十九歲，終身補助一次B、C型肝炎篩檢，並自一百零九年九月二十八日開始實施，並應配合如下：
 - (一)民眾如同時符合成人預防保健服務資格者，經民眾同意得併同成健第一階段提供服務。
 - (二)另考量檢查後之追蹤管理，如僅提供B、C型肝炎檢查服務(醫令代碼L1001C)，不提供雙軌作業(即醫事檢驗機構僅得提供代檢，其餘申報或其他相關作業按現行規定辦理)。
 - (三)醫令代碼「21+L1001C」、「25+L1001C」及「27+L1001C」，自一百零九年十一月一日起暫停使用。
 - (四)併同成健第一階段提供服務時，就醫序號如下：四十五至六十四歲及四十至五十四歲原住民者請填「IC21」、六十五至七十九歲(含原住民)者請填「IC22」、四十五至七十九歲罹患小兒麻痺者請填「IC23」、五十五至六十四歲原住民請填「IC24」；如單獨提供B、C型肝炎檢查請填「IC29」。
 - (五)併同成健第一階段提供服務時，應以同一案件申報，醫令代碼申報二筆(成健醫令代碼21/22/25/27及代碼L1001C)。
- 三、特約醫事服務機構辦理成人預防保健服務，其二階段服務間隔時間超過三個月者；違反規定者，本部不予核付第二階段服務之費用。
- 四、醫事服務機構辦理成人預防保健服務，委託醫事檢驗機構代檢者，其第一階段檢驗(查)服務費用，由醫事服務機構申報。如由醫事檢驗機構申報者，應先向健保署申請執行成人預防保健服務項目。
- 五、視力包括左、右眼裸眼及左、右眼矯正視力。
- 六、所定金額包括醫師診察、身體檢查、健康諮詢、結果判讀與建議、血液尿液檢查費用、護理人員服務、電子資料處理(含檢查結果電子資料檔)、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本(如水電、建築及設備或其他雜項支出)，申報費用時應檢附檢查結果電子資料檔。
- 七、有關年齡條件篩檢間隔條件及二階段間隔條件或其他之檢核條件如下：
 - (一)醫令代碼21、23： $40 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 64$
 - (二)醫令代碼21：當次就醫年-前次就醫年 ≥ 3
 - (三)醫令代碼23：當次就醫年-前次就醫年 ≥ 2 ；第一階段醫令代碼21需符合篩檢條件
 - (四)醫令代碼22、24：就醫年-出生年 ≥ 65
 - (五)醫令代碼24：就醫年-出生年=65者第一階段醫令代碼(21、22、25或27)需符合篩檢條件；就醫年-出生年 > 65 者第一階段醫令代碼(22)需符合篩檢條件
 - (六)醫令代碼25、26：就醫年-出生年 ≥ 35
 - (七)醫令代碼26：第一階段醫令代碼25需符合篩檢條件
 - (八)醫令代碼27、28： $55 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 64$
 - (九)醫令代碼22、25、27：當次就醫年-前次就醫年 ≥ 1
 - (十)醫令代碼28：第一階段醫令代碼27需符合篩檢條件
 - (十一)醫令代碼L1001C：一般民眾(含罹患小兒麻痺者)為 $45 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 79$ ，原住民為 $40 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 79$ ，終身補助一次
 - (十二) $0 \leq \text{「23」執行年月} - \text{「21」執行年月} \leq 3$
 - (十三) $0 \leq \text{「24」執行年月} - \text{「22/21/25/27」執行年月} \leq 3$
(21/25/27:限第一階段就醫年-出生年=64，第二階段就醫年-出生年=65)
 - (十四) $0 \leq \text{「26」執行年月} - \text{「25」執行年月} \leq 3$
 - (十五) $0 \leq \text{「28」執行年月} - \text{「27」執行年月} \leq 3$
- 八、醫事檢驗機構申報作業填表說明：
 - (一)依醫療機構交付之處方執行成人預防保健第一階段檢驗檢查服務：
 - 1、欄位IDd21填報「原處方服務機構代號」。
 - 2、欄位IDd1「案件分類」填報「1：一般處方檢驗(查)」。
 - (二)依雙軌作業方式直接提供服務對象成人預防保健第一階段檢驗檢查服務：
 - 1、欄位IDd21「原處方服務機構代號」填報「N」。
 - 2、欄位IDd1「案件分類」填報「2：成人預防保健第一階段」。
 - (三)當提供B、C型肝炎篩檢服務後，如C型肝炎篩檢陽性，則民眾無須回診，院所可逕執行C型肝炎-核醣核酸類定量擴增試驗(費用由健保支付)，相關申報方式，請參閱健保署公告自費用年月一十年十月起生效之「HCV Reflex Testing申報方式」辦理。
- 九、如申請辦理成人預防保健社區巡迴服務，請申報時，於「特定治療項目代號」欄位輸入「K2」。

附表七之三 成人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	<p>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。如查有重複提供服務且可歸責於特約醫事服務機構者，本部得不予核付費用。</p> <p>二、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驗證；特約醫事服務機構驗證後須於病歷上登載「原住民」身分別備查。</p> <p>三、特約醫事服務機構辦理成人預防保健服務，如服務對象已領取慢性處方箋，並配合定期檢查及常規治療，其檢查項目已有血壓、血糖、血膽固醇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，服務對象仍需接受服務者，不在此限。</p>
表單填寫與保存	<p>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：</p> <p>(一) 就醫類別：請填「AC：預防保健」。</p> <p>(二) 就診日期時間：由讀卡機提供。</p> <p>(三) 保健服務項目註記：請填「02：成人預防保健服務」。</p> <p>(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肝炎檢查服務時請依下列方式填列：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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」。 <p>(五) 醫令類別：請填「3：診療」。</p> <p>(六) 診療項目代號：參考附表七之二醫令代碼。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」。</p> <p>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(檢查結果電子檔申報格式如附表七之六)。</p>

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)

- ◎ 如果您年齡為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？
 否 是，請簽名或蓋章（手印）：
- ◎ 如果您是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，今年是否曾接受過成人預防保健服務？
 否 是，請簽名或蓋章（手印）：
- ◎ “△” 如果您是四十五歲至七十九歲，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時接受過 B、C 型肝炎檢查？
 否 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？ 否 是

※請注意：

- ◎ 若受檢民眾同時符合執行下列預防保健服務者，請提供服務或轉介民眾至適當院所執行。

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、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女，每二年一次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
●口腔黏膜檢查：	三十歲以上嚼檳榔或吸菸者，每二年一次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
●糞便潛血檢查：	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） （第二階）
 （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。

“△”基本資料	身分證統一編號		姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生日	民國前/後 年 月 日 (足歲)	電話	()		
	現地址	縣(市) _____ 鄉鎮市區 _____ 村里 _____ 鄰 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓				
	戶籍地	縣(市) _____	教育程度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國(初)中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科、大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上		
“△”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"/> B 型肝炎 <input type="checkbox"/> C 型肝炎 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
長期服藥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，病因 _____					
家族史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血脂異常 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 癌症 _____ <input type="checkbox"/> 其他：_____					
健康行為	一、最近半年來，您吸菸的情形是？ <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 朋友敬菸或應酬才吸菸 <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"/> 偶爾喝酒或應酬才喝 <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"/> 偶爾會嚼或應酬才嚼 <input type="checkbox"/> 經常嚼或習慣在嚼 四、最近二週，您是否有運動（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					
憂鬱檢測	一、過去二週，你是否感覺情緒低落、沮喪或沒有希望？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 二、過去兩週，你是否感覺做事情失去興趣或樂趣？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是					

※服務對象如有任何不適異狀、曾患疾病或目前病症，務必於問診時詳細告知醫師。
 第一聯 特約醫事服務機構通知保險對象檢查結果聯。
 第二聯 特約醫事服務機構留存聯（本資料請留存於病歷）。

身體檢查	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 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 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 齲齒 <input type="checkbox"/> 牙結石或牙周病 <input type="checkbox"/> 其他 頸部 淋巴腺腫大： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 甲狀腺腫大： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 胸 部： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 心臟聽診： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 呼吸聽診： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 腹 部： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 四 肢： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 其他異常：_____
	尿液檢查 蛋白質：定性： <input type="checkbox"/> ：- <input type="checkbox"/> ：+/- <input type="checkbox"/> ：+ <input type="checkbox"/> ：++ <input type="checkbox"/> ：+++ <input type="checkbox"/> ：++++ 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 ≤ 400 mg/dl) ◎計算方式：總膽固醇 - 高密度脂蛋白膽固醇 - (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 m ² ◎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)： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未執行 “△”C 型肝炎抗體 (Anti-HCV)： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未執行
健康諮詢	<input type="checkbox"/> 戒菸 <input type="checkbox"/> 節酒 <input type="checkbox"/> 戒檳榔 <input type="checkbox"/> 規律運動 <input type="checkbox"/> 維持正常體重 <input type="checkbox"/> 健康飲食 <input type="checkbox"/> 事故傷害預防 <input type="checkbox"/> 口腔保健
檢查結果與建議	身體檢查部分： 血 壓： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 飯前血糖： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 血脂肪： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 腎功能： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 肝功能： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 代謝症候群： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 (代謝症候群定義：腰圍、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： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 “△”C 型肝炎抗體： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 咳嗽症狀： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有：建議轉診進一步評估是否可能為結核病 憂鬱檢測： <input type="checkbox"/> 二題皆答「否」 <input type="checkbox"/> 二題任一題答「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)	

※服務對象如為特約醫事檢驗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

序號	欄位名稱	屬性	長度	備註	註：“△” 為 B、C 肝 炎篩檢必 填欄位
1	身分證統一編號	Character	10	共 10 碼/第 1 碼為英文	“△”
2	性別	Character	1	1：男；2：女	“△”
3	出生日期	Date	7	YYYYMMDD（共 7 碼/數字）	“△”
4	電話	Character	10		“△”
5	戶籍地	Character	4	0100：臺北市；0300：臺中市；0500：臺南市； 0700：高雄市；1100：基隆市；1200：新竹市； 2200：嘉義市；3100：新北市；3200：桃園縣； 3300：新竹縣；3400：宜蘭縣；3500：苗栗縣； 3700：彰化縣；3800：南投縣；3900：雲林縣； 4000：嘉義縣；4300：屏東縣；4400：澎湖縣； 4500：花蓮縣；4600：臺東縣；9000：金門縣； 9100：連江縣	“△”
6	醫事機構代號	Character	10	共 10 碼	“△”
7	委託代檢醫事檢驗 機構代號	Character	10	共 10 碼	“△”
8	第一階段檢查日期	Date	7	YYYYMMDD（共 7 碼/數字）	“△”
9	第二階段檢查日期	Date	7	YYYYMMDD（共 7 碼/數字）	
10	檢查結果上傳日期	Date	7	YYYYMMDD（共 7 碼/數字）	“△”
11	曾於成人預防保健 服務時接受過 B、C 型肝炎檢查	Character	1	1：否 2：是 3：本次僅提供 B、C 型肝炎檢查 (註：如本次僅單獨提供 B、C 型肝炎檢查服務， 請填”3”)	“△”
12	疾病史：高血壓	Character	1	1：無；2：有	“△”
13	疾病史：糖尿病	Character	1	1：無；2：有	“△”
14	疾病史：高血脂症	Character	1	1：無；2：有	“△”
15	疾病史：心臟病	Character	1	1：無；2：有	“△”
16	疾病史：腦中風	Character	1	1：無；2：有	“△”
17	疾病史：腎臟病	Character	1	1：無；2：有	“△”
18	吸菸	Character	1	1：不吸菸 2：朋友敬菸或應酬才吸菸 3：平均一天約吸一包菸（含以下） 4：平均一天約吸一包菸以上	
19	喝酒	Character	1	1：不喝酒 2：偶爾喝酒或應酬才喝 3：經常喝酒	
20	嚼檳榔	Character	1	1：不嚼檳榔 2：偶爾會嚼或應酬才嚼 3：經常嚼或習慣在嚼	
21	運動	Character	1	1：沒有 2：有，但未達每週 150 分鐘以上（2.5 小時）	

				3：有，且每週達 150 分鐘以上（2.5 小時）	
22	憂鬱檢測：第一題	Character	1	1：否； 2：是	
23	憂鬱檢測：第二題	Character	1	1：否； 2：是	
24	身高	Numeric	3	xxx (cm)	
25	體重	Numeric	3	xxx (kg)	
26	收縮壓	Numeric	3	xxx (mmHg)	
27	舒張壓	Numeric	3	xxx (mmHg)	
28	腰圍	Numeric	4	xx.x (吋) 或 xxxx (公分)	
29	BMI	Numeric	5	xxx.x	
30	尿液蛋白質	Numeric	4	定量：xxxx (mg/dl) 或 定性：0000：-；1100：+/-；1111：+；2222： ++；3333：+++；4444：++++	
31	血糖	Numeric	3	xxx (mg/dl)	
32	總膽固醇	Numeric	3	xxx (mg/dl)	
33	三酸甘油酯	Numeric	4	xxxx (mg/dl)	
34	低密度脂蛋白膽固 醇計算	Numeric	4	xxxx (mg/dl)	
35	高密度脂蛋白膽固 醇	Numeric	4	xxxx (mg/dl)	
36	GOT	Numeric	4	xxxx (IU/l)	
37	GPT	Numeric	4	xxxx (IU/l)	
38	肌酸酐	Numeric	4	x.xx (mg/dl)	
39	腎絲球過濾率 (eGFR) 計算	Numeric	5	xxx.x (ml/min/1.73m ²)	
40	B 型肝炎表面抗原 (HBsAg)	Character	1	1：陰性； 2：陽性； 3：未執行	“△”
41	C 型肝炎抗體 (Anti-HCV)	Character	1	1：陰性； 2：陽性； 3：未執行	“△”
42	健康諮詢：戒菸	Character	1	1：否； 2：是	
43	健康諮詢：節酒	Character	1	1：否； 2：是	
44	健康諮詢：戒檳榔	Character	1	1：否； 2：是	
45	健康諮詢：規律運動	Character	1	1：否； 2：是	
46	健康諮詢：維持正常 體重	Character	1	1：否； 2：是	
47	健康諮詢：健康飲食	Character	1	1：否； 2：是	
48	健康諮詢：事故傷害 預防	Character	1	1：否； 2：是	
49	健康諮詢：口腔保健	Character	1	1：否； 2：是	
50	血壓檢查結果與建 議	Character	1	0：無 1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月 追蹤 3：異常：建議：進一步檢查 4：異常：建議：接受治療	
51	血糖檢查結果與建 議	Character	1	0：無 1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月 追蹤	

				3：異常：建議:進一步檢查 4：異常：建議:接受治療	
52	血脂肪檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：正常 2：異常：建議:生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：異常：建議:進一步檢查 4：異常：建議:接受治療	
53	腎功能檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：正常 2：異常：建議:生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：異常：建議:進一步檢查 4：異常：建議:接受治療	
54	肝功能檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：正常 2：異常：建議:生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：異常：建議:進一步檢查 4：異常：建議:接受治療	
55	代謝症候群檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：沒有 2：有：建議:生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：有：建議:進一步檢查 4：有：建議:接受治療	
56	B 型肝炎檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：陰性 2：陽性，建議進一步檢查	“△”
57	C 型肝炎檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：陰性 2：陽性，建議進一步檢查	“△”
58	憂鬱檢測	Character	1	0：無 1：2 題皆答「否」 2：2 題任 1 題答「是」，建議轉介至相關單位接受進一步服務	
59	受檢民眾姓名	中文	20		“△”