

「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」第三點第三款附表三之三、附表三之四、第七款附表七之三、附表七之四、第十款附件三規定勘誤表

更正後文字	原列文字												
<p>附表三之三 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="174 347 315 387">類別</th> <th data-bbox="315 347 1032 387">內容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="174 387 315 683">服務對象資格查核</td> <td data-bbox="315 387 1032 683"> <p>一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨或於服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健子宮頸抹片檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。</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，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄。</p> <p>三、二十五歲至二十九歲女性每三年一次，年齡條件定義為「$25 \leq$就醫年-出生年≤ 29」，篩檢間隔條件為「當次就醫年-前次就醫年≥ 3」。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」。</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="174 683 315 962">表單填寫與保存</td> <td data-bbox="315 683 1032 962"> <p>一、辦理婦女子宮頸抹片檢查服務者，應透過子宮頸細胞病理檢驗單位，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、雙子宮頸之雙側子宮頸應分別製作一份「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（附表三之四），並併同病歷保存，供健康署備查。</p> <p>三、為檢核檢體取樣醫事人員身分，請於上傳「健康署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）時，詳實登錄「<u>檢體取樣醫事人員代號</u>」至健康署指定之系統。</p> </td> </tr> </tbody> </table>	類別	內容	服務對象資格查核	<p>一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨或於服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健子宮頸抹片檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。</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，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄。</p> <p>三、二十五歲至二十九歲女性每三年一次，年齡條件定義為「$25 \leq$就醫年-出生年≤ 29」，篩檢間隔條件為「當次就醫年-前次就醫年≥ 3」。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」。</p>	表單填寫與保存	<p>一、辦理婦女子宮頸抹片檢查服務者，應透過子宮頸細胞病理檢驗單位，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、雙子宮頸之雙側子宮頸應分別製作一份「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（附表三之四），並併同病歷保存，供健康署備查。</p> <p>三、為檢核檢體取樣醫事人員身分，請於上傳「健康署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）時，詳實登錄「<u>檢體取樣醫事人員代號</u>」至健康署指定之系統。</p>	<p>附表三之三 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1198 347 1339 387">類別</th> <th data-bbox="1339 347 2056 387">內容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1198 387 1339 683">服務對象資格查核</td> <td data-bbox="1339 387 2056 683"> <p>一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨或於服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健子宮頸抹片檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。</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，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄。</p> <p>三、二十五歲至二十九歲女性每三年一次，年齡條件定義為「$25 \leq$就醫年-出生年≤ 29」，篩檢間隔條件為「當次就醫年-前次就醫年≥ 3」。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」。</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1198 683 1339 962">表單填寫與保存</td> <td data-bbox="1339 683 2056 962"> <p>一、辦理婦女子宮頸抹片檢查服務者，應透過子宮頸細胞病理檢驗單位，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、雙子宮頸之雙側子宮頸應分別製作一份「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（附表三之四），並併同病歷保存，供健康署備查。</p> </td> </tr> </tbody> </table>	類別	內容	服務對象資格查核	<p>一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨或於服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健子宮頸抹片檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。</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，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄。</p> <p>三、二十五歲至二十九歲女性每三年一次，年齡條件定義為「$25 \leq$就醫年-出生年≤ 29」，篩檢間隔條件為「當次就醫年-前次就醫年≥ 3」。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」。</p>	表單填寫與保存	<p>一、辦理婦女子宮頸抹片檢查服務者，應透過子宮頸細胞病理檢驗單位，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、雙子宮頸之雙側子宮頸應分別製作一份「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（附表三之四），並併同病歷保存，供健康署備查。</p>
類別	內容												
服務對象資格查核	<p>一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨或於服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健子宮頸抹片檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。</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，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄。</p> <p>三、二十五歲至二十九歲女性每三年一次，年齡條件定義為「$25 \leq$就醫年-出生年≤ 29」，篩檢間隔條件為「當次就醫年-前次就醫年≥ 3」。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」。</p>												
表單填寫與保存	<p>一、辦理婦女子宮頸抹片檢查服務者，應透過子宮頸細胞病理檢驗單位，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、雙子宮頸之雙側子宮頸應分別製作一份「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（附表三之四），並併同病歷保存，供健康署備查。</p> <p>三、為檢核檢體取樣醫事人員身分，請於上傳「健康署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）時，詳實登錄「<u>檢體取樣醫事人員代號</u>」至健康署指定之系統。</p>												
類別	內容												
服務對象資格查核	<p>一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨或於服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健子宮頸抹片檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。</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，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄。</p> <p>三、二十五歲至二十九歲女性每三年一次，年齡條件定義為「$25 \leq$就醫年-出生年≤ 29」，篩檢間隔條件為「當次就醫年-前次就醫年≥ 3」。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」。</p>												
表單填寫與保存	<p>一、辦理婦女子宮頸抹片檢查服務者，應透過子宮頸細胞病理檢驗單位，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、雙子宮頸之雙側子宮頸應分別製作一份「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（附表三之四），並併同病歷保存，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
*抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
*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自費健康檢查
*難判重做？①是 ②否
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(外籍)：
□□□□□□□□□□□□□□□□
*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 (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

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。
受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

確認以上資料正確無誤：_____ (簽名)

三之一、抹片資料 (採檢醫療機構填寫)

16.病歷號：_____ *雙子宮頸？①是 ②否
*17.抹片檢體取樣日期：民國_____年_____月_____日
*18.抹片檢體取樣機構：名稱 _____
(代碼 10 碼)
*19.抹片檢體取樣醫事人員簽名 (或蓋章)：

抹片檢體取樣人員身分別：
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師 (非屬①②)

*20.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？①否 ②是
*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)：_____

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐/公務預算補助」
三之二、抹片資料 (病理醫療機構填寫)

*23.抹片細胞處理編號：_____
*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

四、抹片判讀結果 (病理醫療機構填寫)

*27.開片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械
*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-----⑥
LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes-----⑧
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 -----⑫
Atypical glandular cells favor neoplasia-----⑮
ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU -----⑯
ADENOCARCINOMA -----⑰
OTHER MALIGNANT NEOPLASM -----⑱
OTHER -----⑲
Dysplasia cannot exclude HSIL-----⑲

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

*檢檢者 (請簽名及填寫代碼)
Cytotechnologist _____ (代碼 10 碼)
Cytopathologist _____ (代碼 10 碼)
*請輸入確診日期 (114年1月修訂)
*為必須之項目

第一聯：病理醫療機構回報採檢醫療機構

附表三之四 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

*國籍：①本國 ②外籍人士
*抹片車或社區巡迴服務篩檢：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
*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自費健康檢查
*難判重做？①是 ②否
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(外籍)：
□□□□□□□□□□□□□□□□
*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 (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

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。
受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

確認以上資料正確無誤：_____ (簽名)

三之一、抹片資料 (採檢醫療機構填寫)

16.病歷號：_____ *雙子宮頸？①是 ②否
*17.抹片檢體取樣日期：民國_____年_____月_____日
*18.抹片檢體取樣機構：名稱 _____
(代碼 10 碼)
*19.抹片檢體取樣人員 (姓名)：

抹片檢體取樣人員身分證統一編號：
□□□□□□□□□□□□□□□□
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師 (非屬①②)

*20.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？①否 ②是
*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)：_____

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐/公務預算補助」
三之二、抹片資料 (病理醫療機構填寫)

*23.抹片細胞處理編號：_____
*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

四、抹片判讀結果 (病理醫療機構填寫)

*27.開片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械
*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-----⑥
LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes-----⑧
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 -----⑫
Atypical glandular cells favor neoplasia-----⑮
ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU -----⑯
ADENOCARCINOMA -----⑰
OTHER MALIGNANT NEOPLASM -----⑱
OTHER -----⑲
Dysplasia cannot exclude HSIL-----⑲

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

*檢檢者 (請簽名及填寫代碼)
Cytotechnologist _____ (代碼 10 碼)
Cytopathologist _____ (代碼 10 碼)
*請輸入確診日期 (114年1月修訂)
*為必須之項目

第一聯：病理醫療機構回報採檢醫療機構

附表三之四 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用藥品健康福利/公務預算補助」

- *國籍：①本國 ②外籍人士
*抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
*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自費健康檢查
*難判重做？①是 ②否
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(外籍)：
□□□□□□□□□□□□□□□□
*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：_____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

本表資料將作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對造冊、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

確認以上資料正確無誤：_____ (簽名)

三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

- 16.病歷號：_____ *雙子宮頸？①是 ②否
*17.抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日
*18.抹片檢體取樣機構：名稱 _____ (代碼 10碼) _____
*19.抹片檢體取樣醫事人員簽名(或蓋章)：_____
抹片檢體取樣人員身分別：
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師(非屬①②)
*20.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？①否 ②是
*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(含胃盆腔檢查結果)：_____

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

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
*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 ----- ⑤
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 ----- ⑫
Atypical glandular cells favor neoplasm ----- ⑬
ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ----- ⑭
ADENOCARCINOMA ----- ⑮
OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑯
OTHER ----- ⑰
Dysplasia cannot exclude HSIL ----- ⑱

- 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 _____ (____月____日)*
Cytopathologist _____ (____月____日)*
*為必填之項目 *請輸入確診日期(114年1月修訂)

第二聯：病理醫療機構留存

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

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用藥品健康福利/公務預算補助」

- *國籍：①本國 ②外籍人士
*抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
*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自費健康檢查
*難判重做？①是 ②否
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(外籍)：
□□□□□□□□□□□□□□□□
*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：_____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

本表資料將作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對造冊、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

確認以上資料正確無誤：_____ (簽名)

三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

- 16.病歷號：_____ *雙子宮頸？①是 ②否
*17.抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日
*18.抹片檢體取樣機構：名稱 _____ (代碼 10碼) _____
*19.抹片檢體取樣人員(姓名)：_____
抹片檢體取樣人員身分證統一編號：
□□□□□□□□□□□□□□□□
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師(非屬①②)
*20.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？①否 ②是
*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(含胃盆腔檢查結果)：_____

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

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
*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 ----- ⑤
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 ----- ⑫
Atypical glandular cells favor neoplasm ----- ⑬
ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ----- ⑭
ADENOCARCINOMA ----- ⑮
OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑯
OTHER ----- ⑰
Dysplasia cannot exclude HSIL ----- ⑱

- 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 _____ (____月____日)*
Cytopathologist _____ (____月____日)*
*為必填之項目 *請輸入確診日期(114年1月修訂)

第二聯：病理醫療機構留存

健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利類/公務預算補助」

- *國籍：①本國 ②外籍人士
*抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
*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自費健康檢查
*難判重做？①是 ②否
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(外籍)：
□□□□□□□□□□□□□□□□
*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-____
(鄉鎮代碼)
*8.戶籍住址：_____
(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

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。
受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

確認以上資料正確無誤：_____ (簽名)

三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

- 16.病歷號：_____ *雙子宮頸？①是 ②否
*17.抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日
*18.抹片檢體取樣機構：名稱_____
(代碼 10碼) _____
*19.抹片檢體取樣醫事人員簽名(或蓋章)：_____
抹片檢體取樣人員身分別：
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師(非屬①②)
*20.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？①否 ②是
*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

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
*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 -----⑥
LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes -----⑧
Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes -----⑦
HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Moderate dysplasia (CIN2) -----⑩
Severe dysplasia (CIN3) -----⑨
Carcinoma in situ (CIN3) -----⑪
SQUAMOUS CELL CARCINOMA -----⑫
ATYPICAL GLANDULAR CELLS
Atypical glandular cells -----⑮
Atypical glandular cells favor neoplasm -----⑬
ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU -----⑰
ADENOCARCINOMA -----⑭
OTHER MALIGNANT NEOPLASM -----⑯
OTHER -----⑱
Dysplasia cannot exclude HSIL -----⑲

- 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 _____ (____月____日)*
Cytopathologist _____ (____月____日)*
*為必填之項目 *請輸入確診日期(114年1月修訂)

第三聯：病理醫療機構回報衛生所聯

健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利類/公務預算補助」

- *國籍：①本國 ②外籍人士
*抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
*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自費健康檢查
*難判重做？①是 ②否
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(外籍)：
□□□□□□□□□□□□□□□□
*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-____
(鄉鎮代碼)
*8.戶籍住址：_____
(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

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。
受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

確認以上資料正確無誤：_____ (簽名)

三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

- 16.病歷號：_____ *雙子宮頸？①是 ②否
*17.抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日
*18.抹片檢體取樣機構：名稱_____
(代碼 10碼) _____
*19.抹片檢體取樣人員(姓名)：_____
抹片檢體取樣人員身分證統一編號：
□□□□□□□□□□□□□□□□
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師(非屬①②)
*20.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？①否 ②是
*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

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
*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 -----⑥
LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes -----⑧
Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes -----⑦
HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Moderate dysplasia (CIN2) -----⑩
Severe dysplasia (CIN3) -----⑨
Carcinoma in situ (CIN3) -----⑪
SQUAMOUS CELL CARCINOMA -----⑫
ATYPICAL GLANDULAR CELLS
Atypical glandular cells -----⑮
Atypical glandular cells favor neoplasm -----⑬
ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU -----⑰
ADENOCARCINOMA -----⑭
OTHER MALIGNANT NEOPLASM -----⑯
OTHER -----⑱
Dysplasia cannot exclude HSIL -----⑲

- 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 _____ (____月____日)*
Cytopathologist _____ (____月____日)*
*為必填之項目 *請輸入確診日期(114年1月修訂)

第三聯：病理醫療機構回報衛生所聯

附表七之三 健康署婦女人類乳突病毒檢測服務對象資格查核、表單填寫與保存

類別	內容
服務對象資格查核	<p>一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨菸服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健婦女人類乳突病毒檢測服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。</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，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄。</p> <p>三、婦女人類乳突病毒檢測服務對象為三十五歲、四十五歲、六十五歲之女性，年齡條件定義為「就醫年－出生年=35或45或65」。</p>
表單填寫與保存	<p>一、辦理人類乳突病毒檢測服務者，應將「健康署婦女人類乳突病毒檢查紀錄結果表單」（如附表七之四）詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統。</p> <p>二、為檢核檢體取樣醫事人員身分，請於上傳「健康署婦女人類乳突病毒檢測服務檢查紀錄結果表單」（如附表七之四）時，詳實登錄「檢體取樣醫事人員代號」至健康署指定之系統。</p>

附表七之三 健康署婦女人類乳突病毒檢測服務對象資格查核、表單填寫與保存

類別	內容
服務對象資格查核	<p>一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨菸服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健婦女人類乳突病毒檢測服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。</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，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄。</p> <p>三、婦女人類乳突病毒檢測服務對象為三十五歲、四十五歲、六十五歲之女性，年齡條件定義為「就醫年－出生年=35或45或65」。</p>
表單填寫與保存	<p>辦理人類乳突病毒檢測服務者，應將「健康署婦女人類乳突病毒檢查紀錄結果表單」（如附表七之四）詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統。</p>

健康署婦女人類乳突病毒檢測服務檢查紀錄結果表單

- *國籍：①本國 ②外籍人士
- *抹片車或社區巡迴服務：
 - ①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務
- *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自費健康檢查
- *無法判讀重做？①是 ②否
- 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(外籍)：
 -
- *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)

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。
 受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

二、個案臨床資料 (檢查婦女填寫)

- 9.最近一年使用口服避孕藥達6個月以上
 - ①無 ②有 ③不知道/拒答
- 10.最近一年因更年期症狀使用荷爾蒙補充療法達6個月以上 ①無 ②有 ③不知道/拒答
- 11.請問您是否使用免疫抑制劑藥物(如類固醇、抗移植排斥藥物等) ①無 ②有 ③不知道/拒答
- 12.最近一年性行為時曾經使用保險套 ①無 ②有 ③最近一年無性行為 ④不知道/拒答
- 13.最近一年平均每個月陰道灌洗頻率
 - ①從未灌洗 ②不到1次 ③1次 ④2-4次 ⑤至少5次 ⑥不知道/拒答
- 14.最近一年吸菸習慣(持續吸菸6個月以上)
 - ①無 ②已戒菸6個月以上 ③有吸菸
- 15.請問您接種的HPV疫苗是 ①未接種 ②保倍(2價) ③嘉喜(4價) ④嘉喜(9價) ⑤不記得
- 16.最近一次HPV檢測時間 ①1年內 ②1-2年內 ③2-3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
- 17.最近一次HPV檢測結果 ①未感染 ②有感染 ③不知道 ④從未檢查過

三、採檢資料 (採檢醫療機構填寫)

- *18.採檢醫療機構：_____ (機構代碼)
 - *19.採檢日期：民國_____年_____月_____日
 - *20.檢體取樣醫事人員簽名(或蓋章)：_____
- 檢體取樣醫事人員身分別：
- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師
 - ③助產士 ④衛生所護理人員
 - ⑤衛生所醫師(非屬①②)

- *21.本次是否同時進行抹片檢查：①否 ②是
- 22.做HPV檢查目的：①篩檢 ②追蹤 ③其他

四、檢驗資料 (檢驗單位填寫)

- *23.檢驗實驗室：_____ (機構代碼)
- *24.檢體編號：_____
- *25.檢體收到日期：民國_____年_____月_____日
- *26.發報告日期：民國_____年_____月_____日
- *27.檢驗試劑
 - ① Abbott RealTime HPV test
 - ② BD Onclarity HPV Assay
 - ③ Cobas 4800 / 6800 HPV test
 - ④ CapitalBio HPV Genotyping Kit
 - ⑤ DR. HPV Genotyping IVD kit
 - ⑥ EASY CHIP HPV Blot
 - ⑦ Roche Linear Array HPV test
 - ⑧ Xpert HPV
 - ⑨ Alinity m HR HPV
 - ⑩ Other：_____

*28.檢驗結果

- ①可判讀
- 1.HR HPV
 - ①陰性
 - ①陽性 16 18 31 33 35 39 45 51 52 56 58 59 66 68 18/45 非 16/18 之不分型 不分型
- 2.非 HR HPV
 - ①陰性
 - ①陽性 6 11 40 42 43 44 54 61 70 72 82 不分型
 - ②未檢測
- 3.其他型別
 - ①陰性
 - ①陽性(請填型別)：_____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____
 - ②未檢測
 - ②無法判讀

*檢驗者(請簽名及填寫代碼) _____ / _____

健康署婦女人類乳突病毒檢測服務檢查紀錄結果表單

- *國籍：①本國 ②外籍人士
- *抹片車或社區巡迴服務：
 - ①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務
- *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自費健康檢查
- *無法判讀重做？①是 ②否
- 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(外籍)：
 -
- *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)

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。
 受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

二、個案臨床資料 (檢查婦女填寫)

- 9.最近一年使用口服避孕藥達6個月以上
 - ①無 ②有 ③不知道/拒答
- 10.最近一年因更年期症狀使用荷爾蒙補充療法達6個月以上 ①無 ②有 ③不知道/拒答
- 11.請問您是否使用免疫抑制劑藥物(如類固醇、抗移植排斥藥物等) ①無 ②有 ③不知道/拒答
- 12.最近一年性行為時曾經使用保險套 ①無 ②有 ③最近一年無性行為 ④不知道/拒答
- 13.最近一年平均每個月陰道灌洗頻率
 - ①從未灌洗 ②不到1次 ③1次 ④2-4次 ⑤至少5次 ⑥不知道/拒答
- 14.最近一年吸菸習慣(持續吸菸6個月以上)
 - ①無 ②已戒菸6個月以上 ③有吸菸
- 15.請問您接種的HPV疫苗是 ①未接種 ②保倍(2價) ③嘉喜(4價) ④嘉喜(9價) ⑤不記得
- 16.最近一次HPV檢測時間 ①1年內 ②1-2年內 ③2-3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
- 17.最近一次HPV檢測結果 ①未感染 ②有感染 ③不知道 ④從未檢查過

三、採檢資料 (採檢醫療機構填寫)

- *18.採檢醫療機構：_____ (機構代碼)
 - *19.採檢日期：民國_____年_____月_____日
 - *20.檢體取樣人員姓名：_____
- 檢體取樣人員身分證統一編號：
-
- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師
 - ③助產士 ④衛生所護理人員
 - ⑤衛生所醫師(非屬①②)

- *21.本次是否同時進行抹片檢查：①否 ②是
- 22.做HPV檢查目的：①篩檢 ②追蹤 ③其他

四、檢驗資料 (檢驗單位填寫)

- *23.檢驗實驗室：_____ (機構代碼)
- *24.檢體編號：_____
- *25.檢體收到日期：民國_____年_____月_____日
- *26.發報告日期：民國_____年_____月_____日
- *27.檢驗試劑
 - ① Abbott RealTime HPV test
 - ② BD Onclarity HPV Assay
 - ③ Cobas 4800 / 6800 HPV test
 - ④ CapitalBio HPV Genotyping Kit
 - ⑤ DR. HPV Genotyping IVD kit
 - ⑥ EASY CHIP HPV Blot
 - ⑦ Roche Linear Array HPV test
 - ⑧ Xpert HPV
 - ⑨ Alinity m HR HPV
 - ⑩ Other：_____

*28.檢驗結果

- ①可判讀
- 1.HR HPV
 - ①陰性
 - ①陽性 16 18 31 33 35 39 45 51 52 56 58 59 66 68 18/45 非 16/18 之不分型 不分型
- 2.非 HR HPV
 - ①陰性
 - ①陽性 6 11 40 42 43 44 54 61 70 72 82 不分型
 - ②未檢測
- 3.其他型別
 - ①陰性
 - ①陽性(請填型別)：_____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____
 - ②未檢測
 - ②無法判讀

*檢驗者(請簽名及填寫代碼) _____ / _____

代謝症候群防治計畫

111年6月20日健保醫字第1110108093號公告
111年11月9日健保醫字第1110062964號公告修正
112年2月13日健保醫字第1120102171號公告修正
112年7月17日健保醫字第1120113778號公告修正
113年1月23日健保醫字第1130101371號公告修正
113年12月25日衛授國字第1131461539號公告修正

壹、計畫說明

代謝症候群被認為與腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病的併發症密切相關，將比一般族群增加6倍糖尿病風險、4倍高血壓風險、3倍高血脂風險、2倍腦中風及心臟病風險。

代謝症候群與飲食、生活習慣息息相關，若能積極導正，就可免於許多慢性疾病的威脅。預防代謝症候群最好的方法就是改變生活型態，如規律的生活作息、健康飲食、規律運動等；不吸菸或適量使用酒精；多攝取高纖、低油、低鹽與低糖的食品，藉此達到減重及減腰圍等，減少罹患慢性疾病為主要目標。

如能針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，透過醫療人員指導，引導代謝症候群者改變飲食及生活型態，就可進一步預防或延緩慢性病之發生，以達有效慢性病之防治。

透過推行本計畫，結合疾病前期之危險因子防治，藉由醫療人員指導增進病人自我健康管理識能，期能達到慢性病防治之目的，減輕後續健保醫療資源負擔並提升給付效率。

貳、計畫目的

- 一、藉由疾病管理指導及個案追蹤管理方式，提升代謝症候群個案自我健康照護。

代謝症候群防治計畫

111年6月20日健保醫字第1110108093號公告
111年11月9日健保醫字第1110062964號公告修正
112年2月13日健保醫字第1120102171號公告修正
112年7月17日健保醫字第1120113778號公告修正
113年1月23日健保醫字第1130101371號公告修正
113年12月25日衛授國字第1131461539號公告修正

壹、計畫說明

代謝症候群被認為與腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病的併發症密切相關，將比一般族群增加6倍糖尿病風險、4倍高血壓風險、3倍高血脂風險、2倍腦中風及心臟病風險。

代謝症候群與飲食、生活習慣息息相關，若能積極導正，就可免於許多慢性疾病的威脅。預防代謝症候群最好的方法就是改變生活型態，如規律的生活作息、健康飲食、規律運動等；不吸菸或適量使用酒精；多攝取高纖、低油、低鹽與低糖的食品，藉此達到減重及減腰圍等，減少罹患慢性疾病為主要目標。

如能針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，透過醫療人員指導，引導代謝症候群者改變飲食及生活型態，就可進一步預防或延緩慢性病之發生，以達有效慢性病之防治。

透過推行本計畫，結合疾病前期之危險因子防治，藉由醫療人員指導增進病人自我健康管理識能，期能達到慢性病防治之目的，減輕後續健保醫療資源負擔並提升給付效率。

貳、計畫目的

- 一、藉由疾病管理指導及個案追蹤管理方式，提升代謝症候群個案自我健康照護。

二、以民眾健康為導向，透過罹病前期介入，改變生活型態及壓力調適，進而降低罹患慢性病之風險。

三、透過醫療人員指導，增進病人自我疾病管理識能，奠定自身疾病由病人與醫師共同管理責任之基礎。

四、強化代謝症候群個案篩檢後之介入與個案管理措施，減少國人由疾病初期發展為慢性病病人。

五、防治慢性病危險因子，由根本降低國人罹患慢性病風險。

參、經費來源

由衛生福利部國民健康署(下稱本署)公務預算項下支應。

肆、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

一、診所資格：辦理成人預防保健服務之全民健康保險特約西醫診所。

二、醫師資格，須符合下列條件之一者：

(一) 家庭醫學科、內科專科醫師、執行成人預防保健，或糖尿病共同照護網認證之醫師。

(二) 完成本計畫訓練課程四小時並取得認證者：

1. 本計畫訓練課程(如附件 1)，可由中華民國醫師公會全國聯合會、台灣內科醫學會及台灣家庭醫學醫學會辦理。

2. 若於年度內未取得訓練認證者，須退出本計畫，將不予支付該醫師當年度之相關費用。

三、參與本計畫之診所或醫師於參與計畫起日前二年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經衛生福利部中央健康保險署(下稱健保署)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以健

二、以民眾健康為導向，透過罹病前期介入，改變生活型態及壓力調適，進而降低罹患慢性病之風險。

三、透過醫療人員指導，增進病人自我疾病管理識能，奠定自身疾病由病人與醫師共同管理責任之基礎。

四、強化代謝症候群個案篩檢後之介入與個案管理措施，減少國人由疾病初期發展為慢性病病人。

五、防治慢性病危險因子，由根本降低國人罹患慢性病風險。

參、經費來源

由衛生福利部國民健康署(下稱本署)公務預算項下支應。

肆、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

一、診所資格：辦理成人預防保健服務之全民健康保險特約西醫診所。

二、醫師資格，須符合下列條件之一者：

(一) 家庭醫學科、內科專科醫師、執行成人預防保健，或糖尿病共同照護網認證之醫師。

(二) 完成本計畫訓練課程四小時並取得認證者：

1. 本計畫訓練課程(如附件 1)，可由中華民國醫師公會全國聯合會、台灣內科醫學會及台灣家庭醫學醫學會辦理。

2. 若於年度內未取得訓練認證者，須退出本計畫，將不予支付該醫師當年度之相關費用。

三、參與本計畫之診所或醫師於參與計畫起日前二年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經衛生福利部中央健康保險署(下稱健保署)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以健

保署第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。惟為保障民眾就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

四、符合前述各項資格之特約西醫診所，得向健保署分區業務組提出參與計畫申請(申請書如附件 2)，經審核通過後，自核定日起執行本計畫。

五、前一年度已參加本計畫之醫療院所或醫師，若未有本計畫壹拾壹、退場機制所列之情形者，得延續執行本計畫，無須重新申請。

伍、收案條件與服務內容、結案條件

一、收案條件：

(一) 20 歲至 69 歲之民眾：

1. 符合下列代謝症候群指標任三項者：

- (1) 腰圍：男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分或身體質量指數(kg/m^2)BMI ≥ 27 。
- (2) 飯前血糖值(AC)： $\geq 100\text{mg}/\text{dL}$ 。
- (3) 血壓值：收縮壓 $\geq 130\text{mmHg}$ 或舒張壓 $\geq 85\text{mmHg}$ 。
- (4) 三酸甘油酯值(TG)： $\geq 150\text{mg}/\text{dL}$ 。
- (5) 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性 $<40\text{mg}/\text{dL}$ ，女性 $<50\text{mg}/\text{dL}$ 。

2. 符合糖尿病前期定義者：糖化血紅素(HbA1c)：5.7%~6.4%。

(二) 健保署得依全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案檢驗(查)結果上傳資料及成人預防保健服務結果資料，擷取符合收案條件之名單，交付參與本計畫之診所進行收案評估。

(三) 每一診所收案人數上限為 600 名(包含前一年度延續收案個案)，不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」重

保署第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。惟為保障民眾就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

四、符合前述各項資格之特約西醫診所，得向健保署分區業務組提出參與計畫申請(申請書如附件 2)，經審核通過後，自核定日起執行本計畫。

五、前一年度已參加本計畫之醫療院所或醫師，若未有本計畫壹拾壹、退場機制所列之情形者，得延續執行本計畫，無須重新申請。

伍、收案條件與服務內容、結案條件

一、收案條件：

(一) 20 歲至 69 歲之民眾：

1. 符合下列代謝症候群指標任三項者：

- (1) 腰圍：男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分或身體質量指數(kg/m^2)BMI ≥ 27 。
- (2) 飯前血糖值(AC)： $\geq 100\text{mg}/\text{dL}$ 。
- (3) 血壓值：收縮壓 $\geq 130\text{mmHg}$ 或舒張壓 $\geq 85\text{mmHg}$ 。
- (4) 三酸甘油酯值(TG)： $\geq 150\text{mg}/\text{dL}$ 。
- (5) 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性 $<40\text{mg}/\text{dL}$ ，女性 $<50\text{mg}/\text{dL}$ 。

2. 符合糖尿病前期定義者：糖化血紅素(HbA1c)：5.7%~6.4%。

(二) 健保署得依全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案檢驗(查)結果上傳資料及成人預防保健服務結果資料，擷取符合收案條件之名單，交付參與本計畫之診所進行收案評估。

(三) 每一診所收案人數上限為 600 名(包含前一年度延續收案個案)，不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」重

複收案或與其他特約醫事服務機構重複收案、透析病人(含血液透析及腹膜透析)不得收案。收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN) , 以利院所查詢。

二、服務內容

(一) 收案評估：

1. 參與本計畫醫師應向符合收案條件者解釋本計畫目的及內容，由醫師確實向個案說明，若不改變慢性病危險因子(如不健康飲食、缺乏運動、菸酒檳、肥胖)，則無法改善疾病進程，並取得個案同意後，方得收案。
2. 須於 VPN 登錄收案對象相關資料及管理(附件 3)：
 - (1) 登錄資料：包含基本資料、生活習慣及相關檢測資料(含代謝症候群指標)，可採收案日前 3 個月(90 天)內之檢驗、檢查數據(含成人健康檢查)。
 - (2) 依收案對象情況，擬訂照護目標及策略：針對吸菸、嚼檳榔等個案，提供戒菸或戒檳指導或服務；個案管理資訊化，提供所需之衛教資料；注重個案評估及追蹤，並定期對個案舉辦相關課程。
 - (3) 須交付「代謝症候群疾病管理紀錄表」衛教指引(附件 4)，含營養諮詢、健康諮詢、血壓自我管理(722 紀錄表，參考附件 5)等，予收案對象進行自我管理。居家血壓量測結果紀錄方式依臨床實務執行，如 722 紀錄附存病歷、於病歷紀錄居家血壓範圍、影印居家血壓紀錄留存...等。

(二) 追蹤管理：

1. 定期追蹤收案對象其代謝症候群五大指標之改善情形，提供持續性追蹤諮詢，如電話、訪視、診間等，協助進行個案健

複收案或與其他特約醫事服務機構重複收案、透析病人(含血液透析及腹膜透析)不得收案。收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN) , 以利院所查詢。

二、服務內容

(一) 收案評估：

1. 參與本計畫醫師應向符合收案條件者解釋本計畫目的及內容，由醫師確實向個案說明，若不改變慢性病危險因子(如不健康飲食、缺乏運動、菸酒檳、肥胖)，則無法改善疾病進程，並取得個案同意後，方得收案。
2. 須於 VPN 登錄收案對象相關資料及管理(附件 3)：
 - (1) 登錄資料：包含基本資料、生活習慣及相關檢測資料(含代謝症候群指標)，可採收案日前 3 個月(90 天)內之檢驗、檢查數據(含成人健康檢查)。
 - (2) 依收案對象情況，擬訂照護目標及策略：針對吸菸、嚼檳榔等個案，提供戒菸或戒檳指導或服務；個案管理資訊化，提供所需之衛教資料；注重個案評估及追蹤，並定期對個案舉辦相關課程。
 - (3) 須交付「代謝症候群疾病管理紀錄表」衛教指引(附件 4)，含營養諮詢、健康諮詢、血壓自我管理(722 紀錄表，參考附件 5)等，予收案對象進行自我管理。居家血壓量測結果紀錄方式依臨床實務執行，如 722 紀錄附存病歷、於病歷紀錄居家血壓範圍、影印居家血壓紀錄留存...等。

(二) 追蹤管理：

1. 定期追蹤收案對象其代謝症候群五大指標之改善情形，提供持續性追蹤諮詢，如電話、訪視、診間等，協助進行個案健

康評估(包含飲食、運動、菸檳等風險因子改善情形、未達標準值之檢驗檢查項目監測)、提供個案疾病管理衛教(如其他預防保健項目、五癌篩檢之重要性等)、聯繫及協調照護計畫,以使收案對象認知進步,照護行為及代謝控制也能獲得顯著的改善。

2. 個案如合併有其他慢性病危險因子(如菸、酒、檳榔),得併提供相關衛教指導或協助轉介衛生福利部國民健康署合約戒菸機構或戒檳服務醫院執行戒除服務(參考資料:衛生福利部國民健康署健康九九網站 <https://health99.hpa.gov.tw/>)。
3. 個案於收案評估時,未達標準值之檢驗檢查項目,應至少追蹤 1 次,且可採用追蹤管理日前 3 個月(90 天)內之檢驗、檢查數據,但檢驗檢查日期不得與前次追蹤管理階段或收案評估階段之檢驗檢查日期相同
4. 依個案管理情形資料建檔(附件 3)。

(三) 年度評估:

1. 依收案對象代謝症候群五大指標之改善情形,調整照護目標及策略。相關檢驗項目資料,可採用前 3 個月(90 天)內之檢驗、檢查數據,但檢驗檢查日期不得與追蹤管理階段之檢驗檢查日期相同。
2. 依個案年度評估結果資料建檔(附件 3)。

(四) 結案條件(符合以下任一條件者應予結案,同一院所同一收案對象經結案後一年內不得再收案):

1. 個案經介入管理後,經個案管理評估已非代謝症候群患者。
2. 病情變化無法繼續接受本計畫之照護者或屬「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」中糖尿病相關條件收案者。
3. 個案拒絕或失聯 ≥ 3 個月。

康評估(包含飲食、運動、菸檳等風險因子改善情形、未達標準值之檢驗檢查項目監測)、提供個案疾病管理衛教(如其他預防保健項目、五癌篩檢之重要性等)、聯繫及協調照護計畫,以使收案對象認知進步,照護行為及代謝控制也能獲得顯著的改善。

2. 個案如合併有其他慢性病危險因子(如菸、酒、檳榔),得併提供相關衛教指導或協助轉介衛生福利部國民健康署合約戒菸機構或戒檳服務醫院執行戒除服務(參考資料:衛生福利部國民健康署健康九九網站 <https://health99.hpa.gov.tw/>)。
3. 個案於收案評估時,未達標準值之檢驗檢查項目,應至少追蹤 1 次,且可採用追蹤管理日前 3 個月(90 天)內之檢驗、檢查數據,但檢驗檢查日期不得與前次追蹤管理階段或收案評估階段之檢驗檢查日期相同
4. 依個案管理情形資料建檔(附件 3)。

(三) 年度評估:

1. 依收案對象代謝症候群五大指標之改善情形,調整照護目標及策略。相關檢驗項目資料,可採用前 3 個月(90 天)內之檢驗、檢查數據,但檢驗檢查日期不得與追蹤管理階段之檢驗檢查日期相同。
2. 依個案年度評估結果資料建檔(附件 3)。

(四) 結案條件(符合以下任一條件者應予結案,同一院所同一收案對象經結案後一年內不得再收案):

1. 個案經介入管理後,經個案管理評估已非代謝症候群患者。
2. 病情變化無法繼續接受本計畫之照護者或屬「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」中糖尿病相關條件收案者。
3. 個案拒絕或失聯 ≥ 3 個月。

4. 個案死亡。
5. 收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目，任一項皆未有進步者。
6. 個案收案院所退出本計畫。

(五) 管理登錄個案：

1. 參與本計畫之院所須依照護時程，將收案對象之相關資料(附件 3)上傳至 VPN。
2. 若未依規定完整登錄相關資訊，或經審查發現登載不實者，不予支付相關費用，並依相關規定辦理。
3. 依個人資料保護法之規定，收案對象個人資料應予保密。

陸、 補助項目及支付標準：

編號	補助項目	補助金額(元)
P7501C	收案評估費 註： 1. 同一病人於同一院所僅得申報一次。 2. 本項補助金額包含代謝症候群及糖尿病前期相關之檢查檢驗項目(三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇或低密度脂蛋白膽固醇、空腹血糖或糖化血紅素、總膽固醇)。 3. 上述收案相關檢查檢驗項目數據得採用收案日前 3 個月(90 天)內之數據(含成人健康檢查)。 4. 本項補助金額包含收案所需執行項目： (1) 個案收案資料確認(基本檢驗數據) (2) 配合管理所需規劃補充檢驗檢查項目 (3) 告知個案計畫管理流程及收案 (4) 慢性病風險計算及評估 (5) 風險因子評估(菸癮、運動、飲食、腰圍、BMI、三高) (6) 個案健康指導及衛教(菸癮、運動、飲食) (7) 血壓量測之 722 指導 (8) 醫病共議改善目標(如腰圍、體重、血壓、飯前血糖或糖化血紅素、三酸甘油酯、高密度或低密度	900

4. 個案死亡。
5. 收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目，任一項皆未有進步者。
6. 個案收案院所退出本計畫。

(五) 管理登錄個案：

1. 參與本計畫之院所須依照護時程，將收案對象之相關資料(附件 3)上傳至 VPN。
2. 若未依規定完整登錄相關資訊，或經審查發現登載不實者，不予支付相關費用，並依相關規定辦理。
3. 依個人資料保護法之規定，收案對象個人資料應予保密。

陸、 補助項目及支付標準：

編號	補助項目	補助金額(元)
P7501C	收案評估費 註： 1. 同一病人於同一院所僅得申報一次。 2. 本項補助金額包含代謝症候群及糖尿病前期相關之檢查檢驗項目(三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇或低密度脂蛋白膽固醇、空腹血糖或糖化血紅素、總膽固醇)。 3. 上述收案相關檢查檢驗項目數據得採用收案日前 3 個月(90 天)內之數據(含成人健康檢查)。 4. 本項補助金額包含收案所需執行項目： (1) 個案收案資料確認(基本檢驗數據) (2) 配合管理所需規劃補充檢驗檢查項目 (3) 告知個案計畫管理流程及收案 (4) 慢性病風險計算及評估 (5) 風險因子評估(菸癮、運動、飲食、腰圍、BMI、三高) (6) 個案健康指導及衛教(菸癮、運動、飲食) (7) 血壓量測之 722 指導 (8) 醫病共議改善目標(如腰圍、體重、血壓、飯前血糖或糖化血紅素、三酸甘油酯、高密度或低密度	900

編號	補助項目	補助金額(元)
	脂蛋白膽固醇) (9) 完成疾病管理紀錄表交付病人 (10)個案健康行為及檢驗檢查值上傳 VPN 系統 5. 完成收案評估且上傳收案登錄相關資料後，方得申報本項費用。	
P7502C	追蹤管理費 註： 1. 除檢驗檢查項目由健保西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂補助金額。 2. 申報「收案評估費」後，至少須間隔 10 週(≥70 天)，方能申報本項費用，每年度最多申報 3 次，每次間隔至少 10 週(≥70 天)。 3. 同一個案於同一診所全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫收案者，不予支付家醫計畫個案管理費，惟仍須申報 P7502C，俾利進入年度評估。如有重複支付，將於年度結束後，核扣費用。	200
P7503C	年度評估費 註： 1. 除檢驗檢查項目由健保西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂補助金額。 2. 申報「追蹤管理費」後，至少須間隔 10 週(≥70 天)，且限申報追蹤管理費三次(含)以上始得申報本項費用，每年度最多申報 1 次。 3. 結案原因為失聯、死亡或拒絕收案者，不得申報本項費用。	500

編號	補助項目	補助金額(元)
	脂蛋白膽固醇) (9) 完成疾病管理紀錄表交付病人 (10)個案健康行為及檢驗檢查值上傳 VPN 系統 5. 完成收案評估且上傳收案登錄相關資料後，方得申報本項費用。	
P7502C	追蹤管理費 註： 1. 除檢驗檢查項目由健保西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂補助金額。 2. 申報「收案評估費」後，至少須間隔 10 週(≥70 天)，方能申報本項費用，每年度最多申報 3 次，每次間隔至少 10 週(≥70 天)。 3. 同一個案於同一診所全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫收案者，不予支付家醫計畫個案管理費，惟仍須申報 P7502C，俾利進入年度評估。如有重複支付，將於年度結束後，核扣費用。	200
P7503C	年度評估費 註： 1. 除檢驗檢查項目由健保西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂補助金額。 2. 申報「追蹤管理費」後，至少須間隔 10 週(≥70 天)，且限申報追蹤管理費三次(含)以上始得申報本項費用，每年度最多申報 1 次。 3. 結案原因為失聯、死亡或拒絕收案者，不得申報本項費用。	500

柒、執行品質費：

一、診所執行品質費：診所收案 60 名以上且當年度檢驗檢查上傳率(含診所申報檢驗所上傳之案件)≥70%者，並依下列診所品質指標得分排序：前 25%之診所，核付執行品質費 30,000 元；得分排序大於 25%至 50%之診所，核付執行品質費 15,000 元。

(一) 代謝症候群改善率(70 分)

1. 戒菸服務指標：(戒菸服務及費用由本署補助計畫支應)

(1) 新加入診所或 114 年之前未提供戒菸服務診所(共 20 分)

A.114 年提供戒菸服務者得 8 分(8 分)。

B.診所收案之吸菸者，由診所提供戒菸服務，至少服務 4 名個案得 8 分，每增加 1 位得 1 分，至多 4 分(12 分)。

(2) 114 年之前曾提供戒菸服務診所(共 20 分)

A.診所收案之吸菸者，由診所提供戒菸服務，至少服務 4 名個案得 8 分，每增加 1 位得 1 分，至多 4 分(12 分)。

B.診所收案之吸菸者，由診所提供戒菸服務之人數，較前一年度之成長率(8 分)：

a.>0 且≤40%者，得 3 分。

b.40%~50%者，得 6 分。

c.>50%者，得 8 分。

2. 診所收案對象之腰圍(男性≥90 公分，女性≥80 公分)減少 3 公分以上或身體質量指數 BMI(≥27)，下降 1 以上，且人數 ≥10 人者，得 20 分。

3. 診所收案對象之血壓，收縮壓 140mmHg 以上降至 130mmHg 以下，及舒張壓 90mmHg 以上降至 80mmHg 以下(以非診間

柒、執行品質費：

一、診所執行品質費：診所收案 60 名以上且當年度檢驗檢查上傳率(含診所申報檢驗所上傳之案件)≥70%者，並依下列診所品質指標得分排序：前 25%之診所，核付執行品質費 30,000 元；得分排序大於 25%至 50%之診所，核付執行品質費 15,000 元。

(一) 代謝症候群改善率(70 分)

1. 戒菸服務指標：(戒菸服務及費用由本署補助計畫支應)

(1) 新加入診所或 114 年之前未提供戒菸服務診所(共 20 分)

A.114 年提供戒菸服務者得 8 分(8 分)。

B.診所收案之吸菸者，由診所提供戒菸服務，至少服務 4 名個案得 8 分，每增加 1 位得 1 分，至多 4 分(12 分)。

(2) 114 年之前曾提供戒菸服務診所(共 20 分)

A.診所收案之吸菸者，由診所提供戒菸服務，至少服務 4 名個案得 8 分，每增加 1 位得 1 分，至多 4 分(12 分)。

B.診所收案之吸菸者，由診所提供戒菸服務之人數，較前一年度之成長率(8 分)：

a.>0 且≤40%者，得 3 分。

b.40%~50%者，得 6 分。

c.>50%者，得 8 分。

2. 診所收案對象之腰圍(男性≥90 公分，女性≥80 公分)減少 3 公分以上或身體質量指數 BMI(≥27)，下降 1 以上，且人數 ≥10 人者，得 20 分。

3. 診所收案對象之血壓，收縮壓 140mmHg 以上降至 130mmHg 以下，及舒張壓 90mmHg 以上降至 80mmHg 以下(以非診間

血壓紀錄為原則)，且人數 ≥ 10 人者，得 10 分。

4. 診所收案對象之三酸甘油酯，原 200mg/dL 以上降至 150mg/dL 以下，且人數 ≥ 10 人者，得 10 分。

5. 診所收案對象之低密度脂蛋白膽固醇，原 130mg/dL 以上，下降 10%，且人數 ≥ 10 人者，得 10 分。

(二) 加分項(10 分)：診所收案對象之糖化血紅素(前測值須 $\geq 5.7\%$)，下降 10%或降至 5.7%以下，且人數 ≥ 10 人者，得 10 分。

(三) 上述(一)及(二)執行方式：

1. 由收案診所於當年度收案時同時上傳風險控制項目及檢驗值為前測值，並以收案診所當年度 7 月至 12 月最後一筆上傳之檢驗結果為後測值。

2. 如為前一年度收案對象則以前一年度最後一筆檢驗值當作本年度前測值計算。

(四) 個案完整照護達成率 $\geq 30\%$ (15 分)

1. 分子：診所申報「年度評估費」人數

2. 分母：診所收案人數

(五) 介入成效率 $\geq 30\%$ (15 分)

1. 分子：收案對象任何一項代謝症候群指標已達標並已不屬代謝症候群之人數。

2. 分母：診所收案人數

二、新發現個案執行品質費：

(一) 因本計畫收案評估而新發現未滿 40 歲民眾具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，每個案支付執行品質費 500 元，同一個案僅得支付一次。

(二) 新發現定義：民眾於收案評估前二年，於該收案診所門診就

血壓紀錄為原則)，且人數 ≥ 10 人者，得 10 分。

4. 診所收案對象之三酸甘油酯，原 200mg/dL 以上降至 150mg/dL 以下，且人數 ≥ 10 人者，得 10 分。

5. 診所收案對象之低密度脂蛋白膽固醇，原 130mg/dL 以上，下降 10%，且人數 ≥ 10 人者，得 10 分。

(二) 加分項(10 分)：診所收案對象之糖化血紅素(前測值須 $\geq 5.7\%$)，下降 10%或降至 5.7%以下，且人數 ≥ 10 人者，得 10 分。

(三) 上述(一)及(二)執行方式：

1. 由收案診所於當年度收案時同時上傳風險控制項目及檢驗值為前測值，並以收案診所當年度 7 月至 12 月最後一筆上傳之檢驗結果為後測值。

2. 如為前一年度收案對象則以前一年度最後一筆檢驗值當作本年度前測值計算。

(四) 個案完整照護達成率 $\geq 30\%$ (15 分)

1. 分子：診所申報「年度評估費」人數

2. 分母：診所收案人數

(五) 介入成效率 $\geq 30\%$ (15 分)

1. 分子：收案對象任何一項代謝症候群指標已達標並已不屬代謝症候群之人數。

2. 分母：診所收案人數

二、新發現個案執行品質費：

(一) 因本計畫收案評估而新發現未滿 40 歲民眾具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，每個案支付執行品質費 500 元，同一個案僅得支付一次。

(二) 新發現定義：民眾於收案評估前二年，於該收案診所門診就

醫紀錄之主次診斷未申報前述疾病之國際疾病分類代碼。

三、腰圍或身體質量指數(BMI)管理成效執行品質費：個案於收案評估時腰圍未達標準(男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分，或BMI ≥ 27)，且飯前血糖未達標準(AC ≥ 100 mg/dL 或糖化血色素 $\geq 5.7\%$)，於當年度7月至12月最後一筆上傳之檢驗結果，該個案腰圍達標準值(男性 < 90 公分，女性 < 80 公分，或BMI < 27)，且糖化血色素 $< 5.7\%$ ，每一個案支付執行品質費500元。

四、個案進步執行品質費：個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，下列任三項指標達成者，每一個案支付執行品質費500元，同一個案支付一次，本項支付個案不得與「個案績優改善執行品質費」重複支付：

(一) 腰圍：減少3%以上。

(二) 飯前血糖：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之飯前血糖個人目標值。

(三) 血壓：收縮壓降至130mmHg以下，舒張壓降至85mmHg以下。

(四) 三酸甘油酯：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之三酸甘油酯個人目標值。

(五) 低密度脂蛋白膽固醇：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之低密度脂蛋白膽固醇個人目標值。

五、個案績優改善執行品質費：個案於年度評估時，已非屬代謝症候群(即下列3項或3項以上代謝症候群指標達標)，且結案日前6個月內，個案無三高用藥(係指降血壓、降血糖或降血脂用藥)紀錄且結案者，每一個案支付執行品質費1,000元，同一個案支付一次。本項支付個案不得與「個案進步執行品質費」重複支付。

醫紀錄之主次診斷未申報前述疾病之國際疾病分類代碼。

三、腰圍或身體質量指數(BMI)管理成效執行品質費：個案於收案評估時腰圍未達標準(男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分，或BMI ≥ 27)，且飯前血糖未達標準(AC ≥ 100 mg/dL 或糖化血色素 $\geq 5.7\%$)，於當年度7月至12月最後一筆上傳之檢驗結果，該個案腰圍達標準值(男性 < 90 公分，女性 < 80 公分，或BMI < 27)，且糖化血色素 $< 5.7\%$ ，每一個案支付執行品質費500元。

四、個案進步執行品質費：個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，下列任三項指標達成者，每一個案支付執行品質費500元，同一個案支付一次，本項支付個案不得與「個案績優改善執行品質費」重複支付：

(一) 腰圍：減少3%以上。

(二) 飯前血糖：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之飯前血糖個人目標值。

(三) 血壓：收縮壓降至130mmHg以下，舒張壓降至85mmHg以下。

(四) 三酸甘油酯：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之三酸甘油酯個人目標值。

(五) 低密度脂蛋白膽固醇：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之低密度脂蛋白膽固醇個人目標值。

五、個案績優改善執行品質費：個案於年度評估時，已非屬代謝症候群(即下列3項或3項以上代謝症候群指標達標)，且結案日前6個月內，個案無三高用藥(係指降血壓、降血糖或降血脂用藥)紀錄且結案者，每一個案支付執行品質費1,000元，同一個案支付一次。本項支付個案不得與「個案進步執行品質費」重複支付。

(一) 腰圍：男性<90 公分，女性<80 公分或身體質量指數(kg/m²) BMI<27。

(二) 飯前血糖值(AC)：<100mg/dL，或醱化血紅素(HbA1c)：<5.7%。

(三) 血壓值：收縮壓<130mmHg 且舒張壓<85mmHg。

(四) 三酸甘油酯值(TG)：<150mg/dL。

(五) 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性≥40mg/dL，女性≥50mg/dL，或低密度脂蛋白膽固醇(LDL)：<130mg/dL。

六、前述執行品質費以診所為單位，每年撥付 1 次；由本署審查通過後，健保署依本署函送核付清冊 1 個月內，撥付費用予特約醫事服務機構。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則不予核發該筆費用。

七、參與本計畫之特約西醫診所，且與國民健康署簽訂戒菸服務補助計畫契約，機構內醫師完成國民健康署認可之戒菸服務訓練課程，取得學分認證，具有有效期內之戒菸服務資格，且首次提供戒菸服務之醫師(即不曾向國民健康署申請戒菸服務補助費用之醫師)，每位醫師獎勵 1,000 元(本項獎勵經費由國民健康署支應)。

八、參與本計畫之特約西醫診所，於收案評估、追蹤管理及年度評估時，對有嚼檳榔習慣(6 個月內有嚼檳榔)之個案，每次評估個案戒檳動機、勸導戒檳、設定戒檳目標、強化戒檳動機、填報戒檳指導紀錄並上傳資料者，每位個案每次評估提供補助 100 元(每個案以 300 元為上限，本項補助經費由衛生福利部口腔健康司公務預算項下支應)。

捌、醫療費用申報、審查原則：

一、門診醫療費用點數申報格式點數清單段及醫令清單段填表說明：

(一) 屬本計畫收案之民眾，其就診當次符合申報 P7501C、

(一) 腰圍：男性<90 公分，女性<80 公分或身體質量指數(kg/m²) BMI<27。

(二) 飯前血糖值(AC)：<100mg/dL，或醱化血紅素(HbA1c)：<5.7%。

(三) 血壓值：收縮壓<130mmHg 且舒張壓<85mmHg。

(四) 三酸甘油酯值(TG)：<150mg/dL。

(五) 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性≥40mg/dL，女性≥50mg/dL，或低密度脂蛋白膽固醇(LDL)：<130mg/dL。

六、前述執行品質費以診所為單位，每年撥付 1 次；由本署審查通過後，健保署依本署函送核付清冊 1 個月內，撥付費用予特約醫事服務機構。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則不予核發該筆費用。

七、參與本計畫之特約西醫診所，且與國民健康署簽訂戒菸服務補助計畫契約，機構內醫師完成國民健康署認可之戒菸服務訓練課程，取得學分認證，具有有效期內之戒菸服務資格，且首次提供戒菸服務之醫師(即不曾向國民健康署申請戒菸服務補助費用之醫師)，每位醫師獎勵 1,000 元(本項獎勵經費由國民健康署支應)。

八、參與本計畫之特約西醫診所，於收案評估、追蹤管理及年度評估時，對有嚼檳榔習慣(6 個月內有嚼檳榔)之個案，每次評估個案戒檳動機、勸導戒檳、設定戒檳目標、強化戒檳動機、填報戒檳指導紀錄並上傳資料者，每位個案每次評估提供補助 100 元(每個案以 300 元為上限，本項補助經費由衛生福利部口腔健康司公務預算項下支應)。

捌、醫療費用申報、審查原則：

一、門診醫療費用點數申報格式點數清單段及醫令清單段填表說明：

(一) 屬本計畫收案之民眾，其就診當次符合申報 P7501C、

P7502C 及 P7503C，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填「A3：預防保健」、特定治療項目代號(一)應填「EM：代謝症候群防治計畫」、部分負擔代號應填「009：其他規定免部分負擔者」、就醫序號應填「MSPT：代謝症候群防治計畫之個案收案、追蹤及年度評估」；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

(二) 申報方式：併當月份送核費用申報。

二、本計畫除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

玖、計畫管理機制

- 一、本署負責本計畫之研訂與修正。
- 二、本計畫執行過程相關不予核付、追扣、申復等爭議事項，由健保署轉請本署複查並回復。
- 三、健保署及其分區業務組協助審核醫事服務機構之參與資格及核定、個案資料登錄(VPN)系統建置、費用給付、追扣及申復作業、執行品質費核發等行政作業，及輔導轄區醫事服務機構執行計畫。

壹拾、退場機制

- 一、參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供個案管理服務、或有待改善事項，經本署二次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經本署通知限期改善累計達三次者，應自本署通知終止執行本計畫日起退出本計畫。
- 二、參與本計畫之特約西醫診所如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關

P7502C 及 P7503C，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填「A3：預防保健」、特定治療項目代號(一)應填「EM：代謝症候群防治計畫」；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

(二) 申報方式：併當月份送核費用申報。

二、本計畫除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

玖、計畫管理機制

- 一、本署負責本計畫之研訂與修正。
- 二、本計畫執行過程相關不予核付、追扣、申復等爭議事項，由健保署轉請本署複查並回復。
- 三、健保署及其分區業務組協助審核醫事服務機構之參與資格及核定、個案資料登錄(VPN)系統建置、費用給付、追扣及申復作業、執行品質費核發等行政作業，及輔導轄區醫事服務機構執行計畫。

壹拾、退場機制

- 一、參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供個案管理服務、或有待改善事項，經本署二次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經本署通知限期改善累計達三次者，應自本署通知終止執行本計畫日起退出本計畫。
- 二、參與本計畫之特約西醫診所如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經健保署核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自健保署第一次核

停業處分或廢止開業執照處分，且經健保署核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自健保署第一次核定違規函所載核定停約或終止特約日起退出執行本計畫，惟為保障民眾就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

- 三、參與本計畫滿一年(12 個月)之特約西醫診所，倘當年度年底收案滿 6 個月之所有個案，其代謝症候群指標皆無改善，應自本署通知終止執行本計畫日起退出本計畫，次年度不得再參加本計畫。
- 四、特約西醫診所如經本署或健保署分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向本署或健保署分區業務組申請複核，但以一次為限。

定違規函所載核定停約或終止特約日起退出執行本計畫，惟為保障民眾就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

- 三、參與本計畫滿一年(12 個月)之特約西醫診所，倘當年度年底收案滿 6 個月之所有個案，其代謝症候群指標皆無改善，應自健保署通知終止執行本計畫日起退出本計畫，次年度不得再參加本計畫。
- 四、特約西醫診所如經健保署分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向健保署分區業務組申請複核，但以一次為限。

【附件 1】代謝症候群防治計畫教育訓練課程

課程名稱	學分數
代謝症候群之篩檢與診斷 —台灣代謝症候群流行病學與防治	1
代謝症候群防治計畫執行介紹	1
代謝症候群防治之危險因子管理	1
代謝症候群防治之飲食管理及指導病人技巧	1

【附件 1】代謝症候群防治計畫教育訓練課程

課程名稱	學分數
代謝症候群之篩檢與診斷 —台灣代謝症候群流行病學與防治	1
代謝症候群防治計畫執行介紹	1
代謝症候群防治之危險因子管理	1
代謝症候群防治之飲食管理及指導病人技巧	1

【附件 2】代謝症候群防治計畫申請表

診所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	診所名稱		診所醫事機構代碼	
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：	
	計畫聯絡人 e-mail			
審核項目	項目		審核結果	備註
	成人預防保健服務		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	參與本計畫相關醫事人員資料表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	認證書面資料影本		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
醫事服務機構	機構章戳		1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 日期章戳：	本欄由審查單位填寫
	申請日期：	年 月 日		

【附件 2】代謝症候群防治計畫申請表

診所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	診所名稱		診所醫事機構代碼	
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：	
	計畫聯絡人 e-mail			
審核項目	項目		審核結果	備註
	成人預防保健服務		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	參與本計畫相關醫事人員資料表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	認證書面資料影本		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
醫事服務機構	機構章戳		1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 日期章戳：	本欄由審查單位填寫
	申請日期：	年 月 日		

【附件 3】代謝症候群防治計畫收案對象資料建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位：

(一) 收案日期(YYY/MM/DD)

(二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師 ID

(三) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

(四) 危險因子：

1. 抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸 10 支菸以下、4.平均一天約吸 10 支菸(含)以上

2. 嚼檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2 天)

3. 運動習慣：1.無、2.偶爾運動、3.經常運動(每週累計達 150 分鐘)

(五) 伴隨疾病：1.無、2.糖尿病、3.高血壓、4.心臟血管疾病、5.高血脂症、6.腎臟病、7. 腦血管疾病、8.其他

(六) 檢查數據：各項檢驗(查)日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、身體質量指數 BMI (kg/m²)、飯前血糖值(mg/dL)、糖化血紅素(%) (糖尿病前期者須填寫)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、三酸甘油酯值(mg/dL)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL)、低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL) (高密度脂蛋白膽固醇值異常者可選填)、總膽固醇值(mg/dL)

(七) 慢性疾病風險值：冠心病(1. ___%；2.不適用)、糖尿病(1. ___%；2.不適用)、高血壓(1. ___；2.不適用)、腦中風(1. ___%；2.不適用)、心血管不良事件(1. ___%；2.不適用)

(八) 疾病管理指引：

1. 戒菸：

(1) 不適用

(2) 戒菸介入：1.戒菸指導(無意願接受戒菸服務或<10 支/日或尼古丁成癮<4 分)、2.自行提供戒菸服務(≥10 支/日或尼古丁成癮≥4 分)、3.轉介戒菸服務(≥10 支/日或尼古丁成癮≥4 分)

2. 戒檳：

【附件 3】代謝症候群防治計畫收案對象資料建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位：

(一) 收案日期(YYY/MM/DD)

(二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師 ID

(三) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

(四) 危險因子：

1. 抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸 10 支菸以下、4.平均一天約吸 10 支菸(含)以上

2. 嚼檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2 天)

3. 運動習慣：1.無、2.偶爾運動、3.經常運動(每週累計達 150 分鐘)

(五) 伴隨疾病：1.無、2.糖尿病、3.高血壓、4.心臟血管疾病、5.高血脂症、6.腎臟病、7. 腦血管疾病、8.其他

(六) 檢查數據：各項檢驗(查)日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、身體質量指數 BMI (kg/m²)、飯前血糖值(mg/dL)、糖化血紅素(%) (糖尿病前期者須填寫)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、三酸甘油酯值(mg/dL)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL)、低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL) (高密度脂蛋白膽固醇值異常者可選填)、總膽固醇值(mg/dL)

(七) 慢性疾病風險值：冠心病(1. ___%；2.不適用)、糖尿病(1. ___%；2.不適用)、高血壓(1. ___；2.不適用)、腦中風(1. ___%；2.不適用)、心血管不良事件(1. ___%；2.不適用)

(八) 疾病管理指引：

1. 戒菸：

(1) 不適用

(2) 戒菸介入：1.戒菸指導(無意願接受戒菸服務或<10 支/日或尼古丁成癮<4 分)、2.自行提供戒菸服務(≥10 支/日或尼古丁成癮≥4 分)、3.轉介戒菸服務(≥10 支/日或尼古丁成癮≥4 分)

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒癮指導(6個月內有嚼檳榔)：1.戒癮指導(評估動機、指導技巧、設定目標、支持行為)、2.安排口篩(可複選)

(3) 嚼檳原因：1.社交、2.提神專注、3.習慣想嚼、4.壓力情緒；5.禦寒、6.解渴(可複選)

3. 每日建議攝取熱量：

(1) 不適用

(2) 建議攝取熱量：1. 1200 大卡/天、2. 1500 大卡/天、3. 1800 大卡/天、4. 2000 大卡/天、5. 其他：____大卡/天

4. 運動建議： 1. 提供運動指導及中度身體活動類別建議、2.提供社區運動資源(可複選)

5. 想達成的

(1) 腰圍：1.不適用、2.腰圍____公分

(2) 體重：1.不適用、2.體重____公斤

6. 722 血壓量測指導：1.無、2.有

7. 其他叮嚀：(飯前血糖值異常或糖尿病前期者，得選填飯前血糖或醣化血紅素為目標值；高密度脂蛋白膽固醇值異常者，得選填高密度或低密度脂蛋白膽固醇為目標值)

(1) 飯前血糖：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

(2) 醣化血紅素：1.不適用、2.個人目標值：____%

(3) 三酸甘油酯：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

(4) 低密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

(5) 高密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

二、 追蹤管理(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 追蹤日期(YYY/MM/DD)

(二) 追蹤方式：1.電話追蹤、2.訪視、3.回診

(三) 追蹤項目：1.營養指導、2.運動計畫、3.戒菸、4.戒癮(可複選)

(四) 危險因子：

(1) 不適用

(2) 戒癮指導(6個月內有嚼檳榔)：1.戒癮指導(評估動機、指導技巧、設定目標、支持行為)、2.安排口篩(可複選)

(3) 嚼檳原因：1.社交、2.提神專注、3.習慣想嚼、4.壓力情緒；5.禦寒、6.解渴(可複選)

3. 每日建議攝取熱量：

(1) 不適用

(2) 建議攝取熱量：1. 1200 大卡/天、2. 1500 大卡/天、3. 1800 大卡/天、4. 2000 大卡/天、5. 其他：____大卡/天

4. 運動建議： 1. 提供運動指導及中度身體活動類別建議、2.提供社區運動資源(可複選)

5. 想達成的

(1) 腰圍：1.不適用、2.腰圍____公分

(2) 體重：1.不適用、2.體重____公斤

6. 722 血壓量測指導：1.無、2.有

7. 其他叮嚀：(飯前血糖值異常或糖尿病前期者，得選填飯前血糖或醣化血紅素為目標值；高密度脂蛋白膽固醇值異常者，得選填高密度或低密度脂蛋白膽固醇為目標值)

(1) 飯前血糖：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

(2) 醣化血紅素：1.不適用、2.個人目標值：____%

(3) 三酸甘油酯：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

(4) 低密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

(5) 高密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

二、 追蹤管理(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 追蹤日期(YYY/MM/DD)

(二) 追蹤方式：1.電話追蹤、2.訪視、3.回診

(三) 追蹤項目：1.營養指導、2.運動計畫、3.戒菸、4.戒癮(可複選)

(四) 危險因子：

1. 抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸 10 支菸以下、4.平均一天約吸 10 支菸(含)以上

2. 嚼檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2 天)

3. 運動習慣：1.無、2.偶爾運動、3.經常運動(每週累計達 150 分鐘)

(五) 檢查數據：各項檢驗(查)日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)(請註記是否為診間血壓量測值)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目或參採用藥收案之檢驗檢查項目(於追蹤期間至少上傳一次檢驗檢查值)

三、年度評估(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 年度評估日期(YYY/MM/DD)

(二) 危險因子：

1. 抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸 10 支菸以下、4.平均一天約吸 10 支菸(含)以上

2. 嚼檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2 天)

3. 運動習慣：1.無、2.偶爾運動、3.經常運動(每週累計達 150 分鐘)

(三) 檢查數據：各項檢驗(查)日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、飯前血糖值(mg/dL)、糖化血紅素(%)(糖尿病前期收案者必填)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、三酸甘油酯值(mg/dL)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL)、低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL)(高密度脂蛋白膽固醇值異常者可選填)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)。

(四) 疾病管理指引：

1. 戒菸：

(1) 不適用

1. 抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸 10 支菸以下、4.平均一天約吸 10 支菸(含)以上

2. 嚼檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2 天)

3. 運動習慣：1.無、2.偶爾運動、3.經常運動(每週累計達 150 分鐘)

(五) 檢查數據：各項檢驗(查)日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)(請註記是否為診間血壓量測值)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目或參採用藥收案之檢驗檢查項目(於追蹤期間至少上傳一次檢驗檢查值)

三、年度評估(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 年度評估日期(YYY/MM/DD)

(二) 危險因子：

1. 抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸 10 支菸以下、4.平均一天約吸 10 支菸(含)以上

2. 嚼檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2 天)

3. 運動習慣：1.無、2.偶爾運動、3.經常運動(每週累計達 150 分鐘)

(三) 檢查數據：各項檢驗(查)日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、飯前血糖值(mg/dL)、糖化血紅素(%)(糖尿病前期收案者必填)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、三酸甘油酯值(mg/dL)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL)、低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL)(高密度脂蛋白膽固醇值異常者可選填)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)。

(四) 疾病管理指引：

1. 戒菸：

(1) 不適用

(2) 戒菸介入：1.戒菸指導(無意願接受戒菸服務或<10 支/日或尼古丁成癮<4 分)、2.自行提供戒菸服務(≥10 支/日或尼古丁成癮≥4 分)、3.轉介戒菸服務(≥10 支/日或尼古丁成癮≥4 分)

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒檳指導(6 個月內有嚼檳榔)：1.戒檳指導(了解原因、評估動機、指導技巧、設定目標、支持行為)、2.安排口篩(可複選)

(3) 嚼檳原因：1.社交、2.提神專注、3.習慣想嚼、4.壓力情緒、5.禦寒、6.解渴(可複選)

3. 每日建議攝取熱量：

(1) 不適用

(2) 建議攝取熱量：1. 1200 大卡/天、2. 1500 大卡/天、3. 1800 大卡/天、4. 2000 大卡/天、5. (其他) ____大卡/天

4. 運動建議：1.提供運動指導及中度身體活動類別建議、2.提供社區運動資源(可複選)

5. 想達成的

(1) 腰圍：1.不適用、2.腰圍____公分

(2) 體重：1.不適用、2.體重____公斤

6. 其他叮嚀：(飯前血糖值異常或糖尿病前期者，得選填飯前血糖或醣化血紅素為目標值；高密度脂蛋白膽固醇值異常者，得選填高密度或低密度脂蛋白膽固醇為目標值)

(1) 飯前血糖：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

(2) 醣化血紅素：1.不適用、2.個人目標值：____%

(3) 三酸甘油酯：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

(4) 低密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

(5) 高密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

四、結案(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 結案日期(YYY/MM/DD)

(2) 戒菸介入：1.戒菸指導(無意願接受戒菸服務或<10 支/日或尼古丁成癮<4 分)、2.自行提供戒菸服務(≥10 支/日或尼古丁成癮≥4 分)、3.轉介戒菸服務(≥10 支/日或尼古丁成癮≥4 分)

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒檳指導(6 個月內有嚼檳榔)：1.戒檳指導(了解原因、評估動機、指導技巧、設定目標、支持行為)、2.安排口篩(可複選)

(3) 嚼檳原因：1.社交、2.提神專注、3.習慣想嚼、4.壓力情緒、5.禦寒、6.解渴(可複選)

3. 每日建議攝取熱量：

(1) 不適用

(2) 建議攝取熱量：1. 1200 大卡/天、2. 1500 大卡/天、3. 1800 大卡/天、4. 2000 大卡/天、5. (其他) ____大卡/天

4. 運動建議：1.提供運動指導及中度身體活動類別建議、2.提供社區運動資源(可複選)

5. 想達成的

(1) 腰圍：1.不適用、2.腰圍____公分

(2) 體重：1.不適用、2.體重____公斤

6. 其他叮嚀：(飯前血糖值異常或糖尿病前期者，得選填飯前血糖或醣化血紅素為目標值；高密度脂蛋白膽固醇值異常者，得選填高密度或低密度脂蛋白膽固醇為目標值)

(1) 飯前血糖：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

(2) 醣化血紅素：1.不適用、2.個人目標值：____%

(3) 三酸甘油酯：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

(4) 低密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

(5) 高密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：____mg/dL

四、結案(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 結案日期(YYY/MM/DD)

(二) 結案原因：1.個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者、2.病情變化無法繼續接受本計畫之照護者或屬「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」中糖尿病相關條件收案者、3.個案拒絕或失聯 ≥ 3 個月、4.個案死亡、5.收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目，任一項皆未有進步者、6.個案收案院所退出本計畫。

備註：

參與本計畫之醫師需透過醫事服務機構向健保署分區業務組申請，經健保署分區業務組核准後，始能登入 VPN 傳輸個案資料。

- 一、 醫師進入健保署 VPN 網頁，登入本計畫登錄系統後，可以點選個案管理選項，進行個案資料之登錄、維護及查詢事項。
- 二、 健保署分區業務組須確實將參與診所名單登錄於 HMA 系統。
- 三、 診所須請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將個案資料上傳至 VPN。

(二) 結案原因：1.個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者、2.病情變化無法繼續接受本計畫之照護者或屬「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」中糖尿病相關條件收案者、3.個案拒絕或失聯 ≥ 3 個月、4.個案死亡、5.收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目，任一項皆未有進步者、6.個案收案院所退出本計畫。

備註：

參與本計畫之醫師需透過醫事服務機構向健保署分區業務組申請，經健保署分區業務組核准後，始能登入 VPN 傳輸個案資料。

- 一、 醫師進入健保署 VPN 網頁，登入本計畫登錄系統後，可以點選個案管理選項，進行個案資料之登錄、維護及查詢事項。
- 二、 健保署分區業務組須確實將參與診所名單登錄於 HMA 系統。
- 三、 診所須請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將個案資料上傳至 VPN。

【附件4】

代謝症候群疾病管理紀錄表(交付收案對象)

病人姓名 _____ □收案評估/□年度評估 _____ 年 _____ 月 _____ 日

基本資料與生活習慣	得到慢性病的風險(僅需收案時評估)	
1.身高：_____公分	項目	風險程度
2.體重：_____公斤	冠心病	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 不適用
3.運動： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶爾 <input type="checkbox"/> 3.經常(每週累計達150分鐘)	糖尿病	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 不適用
4.抽菸： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶爾 <input type="checkbox"/> 3.平均一天約吸10支菸以下 <input type="checkbox"/> 4.平均一天約吸10支菸(含)以上	高血壓	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 不適用
5.嚼檳榔： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶爾 <input type="checkbox"/> 3.經常	腦中風	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 不適用
	心血管不良事件	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 不適用

代謝症候群五大指標及身體質量指數(參考值)

□腰圍：_____公分 (男性 ≥ 90 公分, 女性 ≥ 80 公分)

□飯前血糖值：_____mg/dL (≥ 100 mg/dL)

□血壓：收縮壓_____mmHg、舒張壓_____mmHg (收縮壓 ≥ 130 mmHg, 舒張壓 ≥ 85 mmHg)

□三酸甘油酯值：_____mg/dL (≥ 150 mg/dL)

□高密度脂蛋白膽固醇值：_____mg/dL (男性 < 40 mg/dL, 女性 < 50 mg/dL)

□身體質量指數(kg/m²)BMI：_____ (≥ 27)

疾病管理指引(醫師對病人說明治療用藥外, 亦須改善危險因子的重要性)

□戒菸(吸菸 ≥ 10 支/日或尼古丁成癮度 ≥ 4 分, 可提供或轉介戒菸服務)

□戒菸指導(無意願接受戒菸服務或 < 10 支/日或尼古丁成癮度 < 4 分)

□戒菸服務(≥ 10 支/日或尼古丁成癮度 ≥ 4 分): □提供戒菸服務 □同意轉介戒菸服務

□戒檳(6個月內有嚼檳榔)

□戒檳目標：_____年_____月_____日前戒除檳榔 □安排口腔黏膜檢查：_____年_____月

□每日建議攝取熱量:(大卡/天): □1200 □1500 □1800 □2000 □其他(_____)

盡量減少□油炸物□甜食□鹽□含糖飲料□其他(_____)

□運動建議:

□提供運動指導:每週累積150分鐘中等費力運動(活動時仍可交談, 但無法唱歌)

□提供社區運動資源: _____

□想達成的腰圍及體重: 腰圍_____公分、體重_____公斤

□量血壓: 指導722量測

□其他叮嚀: (1)□飯前血糖或□糖化血紅素個人目標值: _____mg/dL(%)、
(2)□三酸甘油酯個人目標值: _____mg/dL、
(3)□高密度或□低密度脂蛋白膽固醇個人目標值: _____mg/dL

_____ 診所, 建議回診日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※同意收案者, 請提供個人連絡電話做為個案追蹤健康管理或衛生單位政策評估使用。
※本表請參照國民健康署提供之「代謝症候群管理計畫照護流程與指導手冊」執行。

【附件4】

代謝症候群疾病管理紀錄表(交付收案對象)

病人姓名 _____ □收案評估/□年度評估 _____ 年 _____ 月 _____ 日

基本資料與生活習慣	得到慢性病的風險(僅需收案時評估)	
1.身高：_____公分	項目	風險程度
2.體重：_____公斤	冠心病	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 不適用
3.運動： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶爾 <input type="checkbox"/> 3.經常(每週累計達150分鐘)	糖尿病	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 不適用
4.抽菸： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶爾 <input type="checkbox"/> 3.平均一天約吸10支菸以下 <input type="checkbox"/> 4.平均一天約吸10支菸(含)以上	高血壓	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 不適用
5.嚼檳榔： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶爾 <input type="checkbox"/> 3.經常	腦中風	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 不適用
	心血管不良事件	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 不適用

代謝症候群五大指標及身體質量指數(參考值)

□腰圍：_____公分 (男性 ≥ 90 公分, 女性 ≥ 80 公分)

□飯前血糖值：_____mg/dL (≥ 100 mg/dL)

□血壓：收縮壓_____mmHg、舒張壓_____mmHg (收縮壓 ≥ 130 mmHg, 舒張壓 ≥ 85 mmHg)

□三酸甘油酯值：_____mg/dL (≥ 150 mg/dL)

□高密度脂蛋白膽固醇值：_____mg/dL (男性 < 40 mg/dL, 女性 < 50 mg/dL)

□身體質量指數(kg/m²)BMI：_____ (≥ 27)

疾病管理指引(醫師對病人說明治療用藥外, 亦須改善危險因子的重要性)

□戒菸(吸菸 ≥ 10 支/日或尼古丁成癮度 ≥ 4 分, 可提供或轉介戒菸服務)

□戒菸指導(無意願接受戒菸服務或 < 10 支/日或尼古丁成癮度 < 4 分)

□戒菸服務(≥ 10 支/日或尼古丁成癮度 ≥ 4 分): □提供戒菸服務 □同意轉介戒菸服務

□戒檳(6個月內有嚼檳榔)

□戒檳目標：_____年_____月_____日前戒除檳榔 □安排口腔黏膜檢查：_____年_____月

□每日建議攝取熱量:(大卡/天): □1200 □1500 □1800 □2000 □其他(_____)

盡量減少□油炸物□甜食□鹽□含糖飲料□其他(_____)

□運動建議:

□提供運動指導:每週累積150分鐘中等費力運動(活動時仍可交談, 但無法唱歌)

□提供社區運動資源: _____

□想達成的腰圍及體重: 腰圍_____公分、體重_____公斤

□量血壓: 指導722量測

□其他叮嚀: (1)□飯前血糖或□糖化血紅素個人目標值: _____mg/dL(%)、
(2)□三酸甘油酯個人目標值: _____mg/dL、
(3)□高密度或□低密度脂蛋白膽固醇個人目標值: _____mg/dL

_____ 診所, 建議回診日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※同意收案者, 請提供個人連絡電話做為個案追蹤健康管理或衛生單位政策評估使用。
※本表請參照國民健康署提供之「代謝症候群管理計畫照護流程與指導手冊」執行。

【附件 5】

血壓「722 紀錄」表

※正確測量血壓 7-2-2(請-量-量)

1. 量血壓前 30 分鐘，勿抽菸、勿喝含咖啡因或酒精飲料。

2. 建議：(1)回診前，量測血壓 7 天。

(2)每天早晚量 2 次：起床 1 小時內的吃飯及吃藥前，晚上睡前 1 小時內。

(3)每次連續量 2 遍，每遍中間要隔 1 至 2 分鐘。

姓名：_____

天數	第 1 天	第 2 天	第 3 天	第 4 天	第 5 天	第 6 天	第 7 天	我的 回診日期
○月/○日	/	/	/	/	/	/	/	
第 1 遍								月
	第 2 遍							
第 1 遍								日
	第 2 遍							

範例：收縮壓 140mmHg，舒張壓 60mmHg，格子內寫「140/60」。

【附件 5】

血壓「722 紀錄」表

※正確測量血壓 7-2-2(請-量-量)

1. 量血壓前 30 分鐘，勿抽菸、勿喝含咖啡因或酒精飲料。

2. 建議：(1)回診前，量測血壓 7 天。

(2)每天早晚量 2 次：起床 1 小時內的吃飯及吃藥前，晚上睡前 1 小時內。

(3)每次連續量 2 遍，每遍中間要隔 1 至 2 分鐘。

姓名：_____

天數	第 1 天	第 2 天	第 3 天	第 4 天	第 5 天	第 6 天	第 7 天	我的 回診日期
○月/○日	/	/	/	/	/	/	/	
第 1 遍								月
	第 2 遍							
第 1 遍								日
	第 2 遍							

範例：收縮壓 140mmHg，舒張壓 60mmHg，格子內寫「140/60」。