

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：11558台北市南港區忠孝東路6段488號

傳 真：(02)25220569

聯絡人及電話：黃香宇(02)25220549

電子郵件信箱：hhy@hpa.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國107年7月18日

發文字號：衛授國字第10714005341號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」規定、修正總說明、修正對照表及發布令影本各1份(10714005341-1.rar)(請至附件下載區下載)

主旨：「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，業經本部於107年7月18日以衛授國字第1071400534號令修正發布，並自107年8月1日生效，檢送修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」規定、修正總說明、修正對照表及發布令影本各一份，請查照。

正本：本部社會保險司、本部全民健康保險會、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部中央健康保險署中區業務組、衛生福利部中央健康保險署東區業務組、衛生福利部中央健康保險署南區業務組、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、衛生福利部中央健康保險署臺北業務組、衛生福利部中央健康保險署北區業務組、臺北市府衛生局、新北市政府衛生局、臺中市政府衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、基隆市衛生局、嘉義市政府衛生局、桃園市政府衛生局、新竹縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、彰化縣衛生局、南投縣政府衛生局、雲林縣衛生局、嘉義縣衛生局、屏東縣政府衛生局、臺東縣衛生局、花蓮縣衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣衛生局、連江縣衛生福利局、新竹市衛生局、宜蘭縣政府衛生局、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、臺灣兒科醫學會、台灣家庭醫學醫學會、台灣婦產科醫學會、台灣周產期醫學會

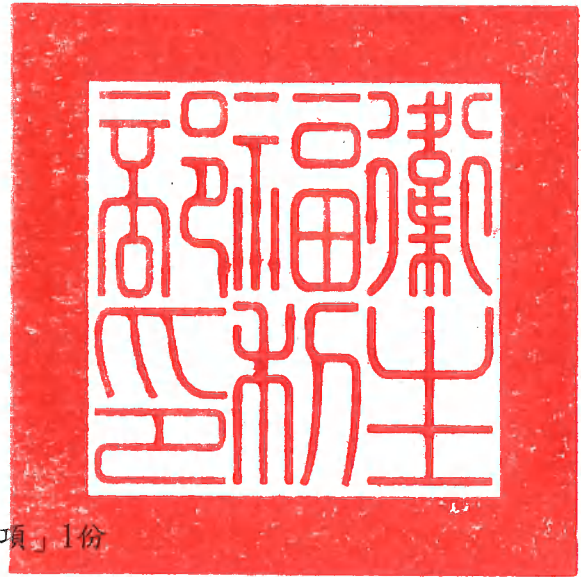
副本：本部法規會

2018-07-18
交 14:22:29



1071400534

衛生福利部 令



發文日期：中華民國107年7月18日
發文字號：衛授國字第1071400534號
附件：「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」1份

修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，並自中華民國一百零七年八月一日生效。

附修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」

部長陳時中

醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項修正總說明

為提供醫事機構辦理預防保健服務依據，衛生福利部前身行政院衛生署，於九十五年二月十三日訂定「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，為因應預防保健業務實際需要及配合行政院組織改造，迄今歷經十三次修正。

茲為因應預防保健業務實際作業需要，爰修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，其要點如下：

- 一、為明示注意事項之權責，修正文字。(修正規定第一點)
- 二、為明確預防保健服務作業之適用原則，酌作文字修正。(修正規定第二點)
- 三、原第四點孕婦產前檢查之超音波檢查施行時程規定移列第三點第二款，以符合各點次重點。(修正規定第三點)
- 四、為與孕婦健康手冊之孕婦產前檢查服務項目一致，酌修第四點第二款規定。(修正規定第四點)
- 五、為善用助產人力，依「助產人員法」第二十五條規定，助產人員業務包括接生、產前檢查及保健指導、嬰兒保健指導、生育指導及其他經中央主管機關認定之項目，爰將醫療院所有登記執業之專任助產人員納入可申請辦理孕婦產前檢查對象。產前檢查額外給付母乳衛教指導費相關規範，酌修第六點第二款文字。另，為使醫療院所更清楚知道提供口腔黏膜檢查者之規定，修正第六點第七款文字。(修正規定第六點)
- 六、為有效運用資源，減少費用重複申報情形，明定提供孕婦產前檢查或兒童預防保健服務者，當日即應於健保卡登錄，且孕婦健康手冊應於當次產檢欄位加蓋院所戳章，並確實登載該次受檢與檢查(驗)紀錄，若有重複施行、超次使用或其他不符合規定之情事時，所需費用均應自行負擔。另經衛生福利部國民健康署核定於特約醫事服務機構外執行兒童預防保健服務者，亦應落實相關規範。(修正規定第十點、第十一點、第十五點)

- 七、因應助產所執行孕婦產前檢查服務之需要，說明有關實驗室檢查及超音波檢查，委託其他特約醫療院所辦理(含結果判讀)之規範。(修正規定第十一點)
- 八、減少衛生局整合性篩檢計畫所提交內容，以利各縣市規劃次年度篩檢計畫，減化行政作業程序。(修正規定第十三點)
- 九、考量機構反應孕婦健康手冊及兒童健康手冊上之相關檢查表單若留存於病歷，實務上有其困難，爰明定得依醫療法有關病歷之規定，將檢查結果或表單製作病歷及保存，以利醫療院所執行(修正規定第十七點)
- 十、「口腔癌、口腔癌前病變確認診斷醫院」，明定機構分類須符合「醫療機構設置標準」第二條規定。為確保確診醫療品質，修正第十九點第五款文字。(修正規定第十九點)
- 十一、有關特約醫事服務機構辦理孕婦乳房 X 光攝影檢查規定，酌修文字。(修正規定第二十二點)
- 十二、因應業務實際需要，修正附表一、附表四、附表九及附表十五：
- (一) 附表一：
1. 孕婦產前檢查(第二點)：因應少子化，考量產檢醫師、醫事人員須同時評估診察或照護母體、胎兒健康，為提升產檢服務品質，將給付醫療院所產檢超音波費用由新臺幣三百五十元調整至新臺幣五百五十元；給付助產所產檢超音波費用由新臺幣三百三十五元依等比例調整至新臺幣五百二十六元。另修正檢查項目及備註說明。
 2. 婦女子宮頸抹片檢查(第三點)：酌修備註說明。
- (二) 附表四：修正服務檢查單，以符合個人資料保護法及增加受檢者知情同意。
- (三) 附表九及附表十五：修正檢查表，並配合修正申報格式。

醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項修正對照表

修正規定	現行規定	說明
<p>一、衛生福利部（以下稱本部）<u>為執行「優生保健法」第七條及「癌症防治法」第四條所定事項，並</u>配合全民健康保險預防保健經費改由公務預算<u>與</u>菸害防制及衛生保健基金支應，預防保健業務由本部國民健康署（以下稱健康署）請本部中央健康保險署（以下稱健保署）協助辦理，特訂定本注意事項。</p>	<p>一、衛生福利部（以下稱本部）配合全民健康保險預防保健經費改由公務預算及菸害防制及衛生保健基金支應，預防保健業務由本部國民健康署（以下稱健康署）請本部中央健康保險署（以下稱健保署）協助辦理，<u>為持續提供此項服務，特訂定本注意事項。</u></p>	<p>修正文字，以明示注意事項之權責。</p>
<p>二、全民健康保險特約醫事服務機構（以下稱特約醫事服務機構）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與核付作業，依本注意事項<u>及</u>全民健康保險相關規定辦理。</p>	<p>二、全民健康保險特約醫事服務機構（以下稱特約醫事服務機構）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與核付作業，<u>應依照本注意事項辦理，本注意事項未規定</u></p>	<p>為明確預防保健服務作業之適用原則，酌作文字修正。</p>

	者，得依全民健康保險相關規定辦理。	
<p>三、提供預防保健服務，其補助對象及實施時程如下：</p> <p>(一) 兒童預防保健：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 未滿一歲六個月：補助四次。 2. 一歲六個月以上至未滿二歲：補助一次。 3. 二歲以上至未滿三歲：補助一次。 4. 三歲以上至未滿七歲：補助一次。 <p>(二) 孕婦產前檢查：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 妊娠第一期（未滿十七週）：補助二次。 2. 妊娠第二期（十七週至未滿二十九週）：補助二次(含一次超音波檢查。但因特殊情況無法於該期檢查者，得於妊娠第三期檢查)。 3. 妊娠第三期（二十九週以後）：補助六次。 	<p>三、提供預防保健服務，其補助對象及實施時程如下：</p> <p>(一) 兒童預防保健：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 未滿一歲六個月：補助四次。 2. 一歲六個月以上至未滿二歲：補助一次。 3. 二歲以上至未滿三歲：補助一次。 4. 三歲以上至未滿七歲：補助一次。 <p>(二) 孕婦產前檢查：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 妊娠第一期（未滿十七週）：補助二次。 2. 妊娠第二期（十七週至未滿二十九週）：補助二次。 3. 妊娠第三期（二十九週以後）：補助六次。 <p>(三) 婦女子宮頸抹片檢查：三十歲以上，每年補助一次。</p> <p>(四) 婦女乳房 X 光攝</p>	<p>原第四點孕婦產前檢查之超音波檢查施行時程規定移列第三點第二款，以符合本點次內容。</p>

<p>(三) 婦女子宮頸抹片 檢查：三十歲以上，每年補助一次。</p> <p>(四) 婦女乳房 X 光攝影檢查：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 四十五歲以上至未滿七十歲，每二年補助一次。 2. 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，每二年補助一次。 <p>(五) 定量免疫法糞便潛血檢查：五十歲以上至未滿七十五歲者，每二年補助一次。</p> <p>(六) 口腔黏膜檢查：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 三十歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者，每二年補助一次。 2. 十八歲以上至未滿三十歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民，每二年補助一次。 	<p>影檢查：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 四十五歲以上至未滿七十歲，每二年補助一次。 2. 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，每二年補助一次。 <p>(五) 定量免疫法糞便潛血檢查：五十歲以上至未滿七十五歲者，每二年補助一次。</p> <p>(六) 口腔黏膜檢查：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 三十歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者，每二年補助一次。 2. 十八歲以上至未滿三十歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民，每二年補助一次。 <p>(七) 成人預防保健「健康加值」方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 四十歲以上未滿六十五歲者，每三年補助一次。 	
--	---	--

<p>(七) 成人預防保健「健康加值」方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 四十歲以上未滿六十五歲者，每三年補助一次。 2. 六十五歲以上者，每年補助一次。 3. 罹患小兒麻痺且年在三十五歲以上者，每年補助一次。 4. 五十五歲以上原住民，每年補助一次。 	<ol style="list-style-type: none"> 2. 六十五歲以上者，每年補助一次。 3. 罹患小兒麻痺且年在三十五歲以上者，每年補助一次。 4. 五十五歲以上原住民，每年補助一次。 	
<p>四、提供預防保健服務，其補助之項目如下：</p> <p>(一)兒童預防保健：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 身體檢查：個人及家族病史查詢、身高、體重、聽力、眼睛、口腔檢查、生長發育評估等。 2. 衛教指導：母乳哺育、營養、幼兒發展、口腔保健、視力保健、事故傷害預防等。 <p>(二) 孕婦產前檢查：</p> <p><u>1. 問診：家庭疾病</u></p>	<p>四、提供預防保健服務，其補助之項目如下：</p> <p>(一)兒童預防保健：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 身體檢查：個人及家族病史查詢、身高、體重、聽力、眼睛、口腔檢查、生長發育評估等。 2. 衛教指導：母乳哺育、營養、幼兒發展、口腔保健、視力保健、事故傷害預防等。 <p>(二) 孕婦產前檢查：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 身體檢查：個人及 	<p>為與孕婦健康手冊之孕婦產前檢查服務項目一致，酌修第四點第二款規定。</p>

<p><u>史、過去疾病史、過去孕產史、本胎不適症狀(如出血、腹痛、頭痛、痙攣等)、成癮習慣查詢。</u></p> <p>2.身體檢查：個人及家族病史、個人孕產史查詢、成癮習慣查詢、身高、體重、血壓、胸部、腹部檢查、<u>腹長(宮底高度)、胎心音、胎位、水腫、靜脈曲張。</u></p> <p>3.<u>實驗室檢驗</u>：血液檢查及尿液檢查。</p> <p>4.超音波檢查。</p> <p>5.衛教指導：孕期生活須知、產前遺傳診斷、營養、生產徵兆、母乳哺育、成癮習慣戒除與轉介等。</p> <p>(三) 婦女子宮頸抹片檢查：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.子宮頸抹片採樣。 2.骨盆腔檢查。 3.子宮頸細胞病理檢驗。 	<p>家族病史、個人孕產史查詢、成癮習慣查詢、身高、體重、血壓、胸部、腹部檢查等。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.血液檢查及尿液檢查。 3.超音波檢查：<u>於妊娠第二期提供一次。因特殊情況無法於妊娠第二期檢查者，可改於妊娠第三期提供本項檢查。</u> 4.衛教指導：孕期生活須知、產前遺傳診斷、營養、生產徵兆、母乳哺育、成癮習慣戒除與轉介等。 <p>(三) 婦女子宮頸抹片檢查：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.子宮頸抹片採樣。 2.骨盆腔檢查。 3.子宮頸細胞病理檢驗。 <p>(四) 婦女乳房 X 光攝影檢查。</p> <p>(五) 定量免疫法異使潛血檢查。</p>	
--	---	--

<p>(四) 婦女乳房 X 光攝影檢查。</p> <p>(五) 定量免疫法鼻便潛血檢查。</p> <p>(六) 口腔黏膜檢查。</p> <p>(七) 成人預防保健「健康加值」方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 身體檢查：一般理學檢查、身高、體重、血壓、身體質量指數、腰圍。 2. 實驗室檢查：生化檢查及尿液蛋白質檢查。 3. 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>(六) 口腔黏膜檢查。</p> <p>(七) 成人預防保健「健康加值」方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 身體檢查：一般理學檢查、身高、體重、血壓、身體質量指數、腰圍。 2. 實驗室檢查：生化檢查及尿液蛋白質檢查。 3. 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>五、各類預防保健服務補助金額如附表一。</p>	<p>五、各類預防保健服務補助金額如附表一。</p>	<p>本點未修正。</p>
<p>六、特約醫事服務機構符合下列資格條件，始得申請辦理預防保健服務：</p> <p>(一) 申請辦理兒童預防保健者，應有登記執業之小兒科或家庭醫學科專</p>	<p>六、特約醫事服務機構符合下列資格條件，始得申請辦理預防保健服務：</p> <p>(一) 申請辦理兒童預防保健者，應有登記執業之小兒科或家庭醫學科專</p>	<p>一、依「助產人員法」第二十五條規定，助產人員業務包括接生、產前檢查及保健指導、嬰兒保健指導、生育指導及其他經中央主管機關認定之項目，為善用助</p>

<p>科醫師。</p> <p>(二) 申請辦理孕婦產前檢查者，<u>應符合下列規定：</u></p> <p><u>1.醫療院所</u>應有登記執業之婦產科醫師、家庭醫學科專科醫師<u>或專任助產人員</u>；如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員。</p> <p><u>2.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。</u></p> <p>(三) 申請辦理子宮頸抹片採樣者，應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師；在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科或家庭醫學科之醫師，須先完成健康署核可之子宮頸抹片採樣訓練；如其為助產所，應有登記執業</p>	<p>科醫師。</p> <p>(二) 申請辦理孕婦產前檢查者，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，應有登記執業之專任助產人員。<u>申請辦理產前檢查母乳衛教指導者，應為通過健康署資格審查之母嬰親善醫療機構。</u></p> <p>(三) 申請辦理子宮頸抹片採樣者，應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師；在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科或家庭醫學科之醫師，須先完成健康署核可之子宮頸抹片採樣訓練；如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員。子宮頸抹片採樣應由前述人員</p>	<p>產人力，爰將醫療院所有登記執業之專任助產人員納入可申請辦理孕婦產前檢查對象。</p> <p>二、有關產前檢查額外給付母乳衛教指導費規定，酌修文字。</p> <p>三、為使醫療院所更清楚知道提供口腔黏膜檢查者之規定，酌修文字。</p>
---	--	---

<p>之專任助產人員。子宮頸抹片採樣應由前述人員執行之。</p> <p>(四) 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>(五) 申請辦理婦女乳房 X 光攝影檢查者，應通過健康署婦女乳房 X 光攝影醫療機構資格審查，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。</p> <p>(六) 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(以下簡稱檢驗醫事機構)。</p>	<p>執行之。</p> <p>(四) 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>(五) 申請辦理婦女乳房 X 光攝影檢查者，應通過健康署婦女乳房 X 光攝影醫療機構資格審查，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。</p> <p>(六) 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(以下簡稱檢驗醫事機構)。</p> <p>(七) 申請辦理口腔黏膜檢查者，應有登記執業之牙科、耳</p>	
--	--	--

<p>(七) 申請辦理口腔黏膜檢查者，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。<u>口腔黏膜檢查應由前述人員執行之。</u></p> <p>(八) 申請辦理成人預防保健「健康加值」方案者，應有登記執業並符合「專科醫師分科及甄審辦法」第三條所規定之專科醫師；除家庭醫學科及內科專科醫師外，新申辦之執行科別醫師，均應接受相關訓練通過後，始能取得辦</p>	<p>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。</p> <p>(八) 申請辦理成人預防保健「健康加值」方案者，應有登記執業並符合「專科醫師分科及甄審辦法」第三條所規定之專科醫師；除家庭醫學科及內科專科醫師外，新申辦之執行科別醫師，均應接受相關訓練通過後，始能取得辦理本方案之資格。</p> <p>(九) 醫事人員於機構外提供預防保健服務，除本注意事項另有規定，依其</p>	
--	---	--

<p>理本方案之資格。</p> <p>(九) 醫事人員於機構外提供預防保健服務，除本注意事項另有規定，依其規定處理外，依其他相關法令規定辦理。</p>	<p>規定處理外，依其他相關法令規定辦理。</p>	
<p>七、特約醫事服務機構申請辦理預防保健業務，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>七、特約醫事服務機構申請辦理預防保健業務，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>本點未修正。</p>
<p>八、特約醫事服務機構申請辦理成人預防保健「健康加值」方案之檢驗服務，應具備最近三年內通過檢驗項目能力試驗之證明文件；已辦理檢驗項目之服務者，需取得並保存最近三年內通過該檢驗項目能力試驗之證明文件；最近三年內未通過B、C型肝</p>	<p>八、特約醫事服務機構申請辦理成人預防保健「健康加值」方案之檢驗服務，應具備最近三年內通過檢驗項目能力試驗之證明文件；已辦理檢驗項目之服務者，需取得並保存最近三年內通過該檢驗項目能力試驗之證明文件；最近三年內未通過B、C型肝</p>	<p>本點未修正。</p>

<p>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，並保存該代檢驗機構最近三年內通過 B、C 型肝炎能力試驗之證明文件。</p> <p>前項檢驗項目及證明文件出具單位如附表二。</p>	<p>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，並保存該代檢驗機構最近三年內通過 B、C 型肝炎能力試驗之證明文件。</p> <p>前項檢驗項目及證明文件出具單位如附表二。</p>	
<p>九、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) 應讓民眾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>九、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) 應讓民眾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>本點未修正。</p>
<p>十、特約醫事服務機構辦理兒童預防保健服務者，應依下列規定辦理：</p> <p>(一) 兒童健康手冊之黃卡視為就醫憑</p>	<p>十、特約醫事服務機構辦理兒童預防保健服務者，應依下列規定辦理：</p> <p>(一) 兒童健康手冊之黃卡視為就醫憑</p>	<p>為有效運用資源，減少費用重複申報情形，明定提供兒童預防保健服務當日即於健保卡登錄之規範。另經衛生福利部國民健康署核定於特約醫事</p>

<p>證，特約醫事服務機構應於黃卡加蓋院所戳章，民眾未攜帶黃卡，不得提供兒童預防保健(含衛教指導)服務。</p> <p>(二) 應於特約醫事服務機構內執行。如為特殊情況，得由當地衛生局以專案方式報經健康署核定後辦理。<u>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。</u></p> <p>(三) 執行兒童預防保健服務時，應告知其家長或主要照顧者，並於兒童健康手冊之「兒童預</p>	<p>證，特約醫事服務機構應於黃卡加蓋院所戳章，民眾未攜帶黃卡，不得提供兒童預防保健(含衛教指導)服務。</p> <p>(二) 應於特約醫事服務機構內執行。如為特殊情況，得由當地衛生局以專案方式報經健康署核定後辦理。</p> <p>(三) 執行兒童預防保健服務時，應告知其家長或主要照顧者，並於兒童健康手冊之「兒童預防保健服務檢查紀錄表」及「家長紀錄事項」確實登載後，由家長或主要照顧者於該次服務紀錄表簽名，並依醫療法第六十七條規定登載各項檢查資料於病歷。</p>	<p>服務機構外執行服務者，亦應落實相關規範。</p>
---	--	------------------------------------

<p>防保健服務檢查紀錄表」及「家長紀錄事項」確實登載後，由家長或主要照顧者於該次服務紀錄表簽名，<u>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。</u></p>		
<p>十一、特約醫事服務機構辦理孕婦產前檢查服務應依下列規定辦理：</p> <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」之當次產檢欄位核章，且確實登載該次產檢服務紀錄、檢查結果及實驗室檢驗結果。</p> <p>(二) 助產所之實驗室檢查及超音波檢查，應委託其他辦</p>		<p>一、<u>本點新增。</u></p> <p>二、為有效運用資源，減少費用重複申報情形，明定應於孕婦健康手冊加蓋院所戳章，應確實登載受檢與檢查(驗)紀錄及於看診當日即於健保卡登錄之規範。</p> <p>三、因助產所執行孕婦產前檢查服務之需要，說明其實驗室檢查及超音波檢查，委託其他特約醫療院所辦理(含結果判讀)之規範。</p>

<p>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><u>十二</u>、成人預防保健「健康加值」方案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保險對象，選擇由特約醫事檢驗機構逕依成人預防保健「健康加值」方案檢查單提供之雙軌作業方式辦理。特約醫事檢驗機構提供民眾第一階段檢驗檢查服務後，為提高受檢民眾完成第二階段服務，應依下列規定辦理：</p> <p>(一) 辦理第一階段檢驗檢查服務後，由受檢民眾告知選擇執行第二階段服務之特約醫事服</p>	<p>十一、成人預防保健「健康加值」方案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保險對象，選擇由特約醫事檢驗機構逕依成人預防保健「健康加值」方案檢查單提供之雙軌作業方式辦理。特約醫事檢驗機構提供民眾第一階段檢驗檢查服務後，為提高受檢民眾完成第二階段服務，應依下列規定辦理：</p> <p>(一) 辦理第一階段檢驗檢查服務後，由受檢民眾告知選擇執行第二階段服務之特約醫</p>	<p>點次變更，依法制體例酌修第一項第二款文字文字。</p>

<p>務機構，並註明於成人預防保健「健康加值」方案檢查單。</p> <p>(二) 向受檢民眾說明第一階段檢驗檢查結果報告會於 <u>二</u> 週內，逕寄至選定之特約醫事服務機構，請其同意直接至醫事服務機構索取報告並接受第二階段服務（請受檢民眾填具聲明書，如附表三）。</p> <p>特約醫事服務機構收到第一階段檢驗檢查結果報告後，應主動聯繫受檢民眾接受第二階段服務並於該次服務紀錄表簽名。</p> <p>特約醫事服務機構如發現篩檢陽性個案，應先確認及追蹤，若無執行陽性</p>	<p>事服務機構，並註明於成人預防保健「健康加值」方案檢查單。</p> <p>(二) 向受檢民眾說明第一階段檢驗檢查結果報告會於兩週內，逕寄至選定之特約醫事服務機構，請其同意直接至醫事服務機構索取報告並接受第二階段服務（請受檢民眾填具聲明書，如附表三）。</p> <p>特約醫事服務機構收到第一階段檢驗檢查結果報告後，應主動聯繫受檢民眾接受第二階段服務並於該次服務紀錄表簽名。</p> <p>特約醫事服務機構如發現篩檢陽性個案，應先確認及追蹤，若無執行陽性個案後續複檢及確診之能</p>	
---	---	--

<p>個案後續複檢及確診之能力，應轉介至具複檢及確診能力之醫療機構。</p>	<p>力，應轉介至具複檢及確診能力之醫療機構。</p>	
<p>十三、特約醫事服務機構如申請辦理婦女子宮頸抹片、婦女乳房X光攝影、定量免疫法糞便潛血檢查與口腔黏膜檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意；如執行乳房攝影巡迴篩檢之醫療機構，無執行乳房攝影篩檢陽性個案後續複檢及確診之能力，應與具複檢及確診能力之醫療機構簽訂合約，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；如申請辦理成人預防保健社區巡迴服務，應<u>先報經當地衛生局同意</u>，並由當地衛生局將<u>篩檢項目、場次數量等</u></p>	<p>十二、特約醫事服務機構如申請辦理婦女子宮頸抹片、婦女乳房X光攝影、定量免疫法糞便潛血檢查與口腔黏膜檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意；如執行乳房攝影巡迴篩檢之醫療機構，無執行乳房攝影篩檢陽性個案後續複檢及確診之能力，應與具複檢及確診能力之醫療機構簽訂合約，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；如申請辦理成人預防保健社區巡迴服務，應參與當地衛生局報經健康署核定之整合性預防保健服務計畫，並由</p>	<p>一、點次變更。 二、減少衛生局整合性篩檢計畫所提交內容，以利各縣市規劃次年度篩檢計畫，以減化行政作業程序。</p>

<p><u>相關資訊送健康署，並於實際辦理服務前，向健保署報備篩檢之時間、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。</u></p> <p>未依前項規定辦理者，本部不予核付費用。</p>	<p>當地衛生局向健保署報備後辦理。</p> <p>未依前項規定辦理者，本部不予核付費用。</p>	
<p><u>十四</u>、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，應以明顯方式標示所提供之服務項目及補助經費來源。</p> <p>前項標示內容如下：</p> <p>(一) 其經費來源為第四點第一款、第二款及第七款者，應標示「由衛生福利部國民健康署經費補助」。</p> <p>(二) 其經費來源為第四點第三款至第六款者，應標示「由衛生福利部</p>	<p>十三、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，應以明顯方式標示所提供之服務項目及補助經費來源。</p> <p>前項標示內容如下：</p> <p>(一) 其經費來源為第四點第一款、第二款及第七款者，應標示「由衛生福利部國民健康署經費補助」。</p> <p>(二) 其經費來源為第四點第三款至第六款者，應標示「由衛生福利部</p>	<p>點次變更，文字未修正。</p>

<p>國民健康署運用菸品健康福利捐補助」。</p>	<p>國民健康署運用菸品健康福利捐補助」。</p>	
<p><u>十五</u>、特約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，如經查核發現健保卡與本人不符、補助對象資格舉證不實、健保卡、<u>黃卡及孕婦健康手冊「產前檢查紀錄表」</u>曾登錄有接受服務再重複施行、超次使用或其他不符合規定之情事時，所需費用均應自行負擔，不得向本部申報。但補助對象因醫療需求必須重複接受服務者，應依全民健康保險法申請醫療給付。</p>	<p>十四、特約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，如經查核發現健保卡與本人不符、補助對象資格舉證不實、健保卡及黃卡曾登錄有接受服務再重複施行、超次使用或其他不符合規定之情事時，所需費用均應自行負擔，不得向本部申報。但補助對象因醫療需求必須重複接受服務者，應依全民健康保險法申請醫療給付。</p>	<p>一、點次變更。 二、為有效運用資源，減少費用重複申報情形，明定孕婦健康手冊「產前檢查紀錄表」曾登錄有接受服務再重複施行、超次使用或其他不符合規定之情事時，所需費用均應自行負擔之規範。</p>
<p><u>十六</u>、特約醫事服務機構已依其他法令向政府機關請領相同項目之費用者，不得重複申請</p>	<p>十五、特約醫事服務機構已依其他法令向政府機關請領相同項目之費用者，不得重複申請預防保健</p>	<p>點次變更，文字未修正。</p>

<p>預防保健費用。 代檢機構費用申請 應由原開立服務之 醫療院所申請為原 則。</p>	<p>費用。 代檢機構費用申請 應由原開立服務之 醫療院所申請為原 則。</p>	
<p><u>十七</u>、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，並應於健康 署所規定之成人預 防保健「健康加值」 方案服務檢查單 (附表四)、兒童 預防保健檢查紀錄 表(附表五)、兒 童健康手冊、孕婦 健康手冊之<u>檢查紀 錄</u>、婦女子宮頸抹 片檢查表(如附表 六)、婦女乳房 X 光攝影檢查表(如 附表七)、定量免 疫法鼻便潛血檢查 表(如附表八)、 口腔黏膜檢查表 (如附表九)，詳 實記載各項資料，</p>	<p>十六、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，並應於健康 署所規定之成人預 防保健「健康加值」 方案服務檢查單 (附表四)、兒童 預防保健檢查紀錄 表(附表五)、兒 童健康手冊、孕婦 健康手冊、婦女子 宮頸抹片檢查表 (如附表六)、婦 女乳房 X 光攝影檢 查表(如附表七)、 定量免疫法鼻便潛 血檢查表(如附表 八)、口腔黏膜檢 查表(如附表九)， 詳實記載各項資 料，各類檢查表單</p>	<p>一、點次變更。 二、考量機構反應孕婦 健康手冊及兒童健 康手冊上之相關檢 查表單若留存於病 歷，實務上有其困 難，爰明定得依醫 法有關病歷之規 定，將檢查結果或表 單製作病歷及保 存，以利醫療院所執 行。</p>

<p><u>上述各類檢查結果或表單依醫療法有關病歷之規定製作及保存</u>；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之原住民檢具戶口名簿（如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書，如附表九之一），並於病歷上登載「原住民」身分別備查；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，如附表十），並留存影本於病歷中備查。</p>	<p>並留存於病歷；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之原住民檢具戶口名簿（如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書，如附表九之一），並於病歷上登載「原住民」身分別備查；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，如附表十），並留存影本於病歷中備查。</p>	
<p><u>十八</u>、特約醫事服務機構</p>	<p>十七、特約醫事服務機構</p>	<p>點次變更，文字未修正。</p>

<p>應將檢查結果通知保險對象；如檢查之結果無法判讀，應通知其複檢；如發現需追蹤治療之病症時，應通知其治療或將其轉介至適當醫療機構治療。</p>	<p>應將檢查結果通知保險對象；如檢查之結果無法判讀，應通知其複檢；如發現需追蹤治療之病症時，應通知其治療或將其轉介至適當醫療機構治療。</p>	
<p>十九、特約醫事服務機構應於提供各項預防保健服務日之次月一日起六十日內，依下列規定，於網路向健康署詳實申報資料：</p> <p>(一) 辦理兒童預防保健服務者，應將一歲半至二歲、三歲至七歲之兒童預防保健服務檢查結果，傳輸至健康署指定之系統或登錄於健康署指定之網頁，內容及格式如附表十一。</p> <p>(二) 辦理子宮頸細胞病理檢驗</p>	<p>十八、特約醫事服務機構應於提供各項預防保健服務日之次月一日起六十日內，依下列規定，於網路向健康署詳實申報資料：</p> <p>(一) 辦理兒童預防保健服務者，應將一歲半至二歲、三歲至七歲之兒童預防保健服務檢查結果，傳輸至健康署指定之系統或登錄於健康署指定之網頁，內容及格式如附表十一。</p> <p>(二) 辦理子宮頸細胞病理檢驗者，應將婦女子宮頸抹</p>	<p>一、點次變更。</p> <p>二、「口腔癌、口腔癌前病變確認診斷醫院」，明定機構分類須符合「醫療機構設置標準」第二條規定，以確保確診醫療品質。</p>

<p>者，應將婦女子宮頸抹片檢查表及所有子宮頸病理切片之相關資料傳輸至健康署指定之系統。</p> <p>(三) 辦理婦女乳房 X 光攝影檢查者，應將婦女乳房 X 光攝影檢查表、婦女乳房 X 光攝影檢查異常個案報告表（附表十二）及婦女乳房 X 光攝影檢查陽性個案追蹤表（附表十三，限篩檢個案）等相關資料傳輸至健康署指定之系統。</p> <p>(四) 辦理定量免疫法糞便潛血檢查者，應透過其檢驗部門或委託代檢之檢驗醫事機構，將定量免疫法糞便</p>	<p>片檢查表及所有子宮頸病理切片之相關資料傳輸至健康署指定之系統。</p> <p>(三) 辦理婦女乳房 X 光攝影檢查者，應將婦女乳房 X 光攝影檢查表、婦女乳房 X 光攝影檢查異常個案報告表（附表十二）及婦女乳房 X 光攝影檢查陽性個案追蹤表（附表十三，限篩檢個案）等相關資料傳輸至健康署指定之系統。</p> <p>(四) 辦理定量免疫法糞便潛血檢查者，應透過其檢驗部門或委託代檢之檢驗醫事機構，將定量免疫法糞便潛血檢查結果與確診結果傳輸至健康署指定之系統，內容</p>	
--	---	--

<p>潛血檢查結果與確診結果傳輸至健康署指定之系統，內容及格式如附表十四。</p> <p>(五) 辦理口腔黏膜檢查者，應將口腔黏膜檢查結果與確診結果傳輸至健康署指定之系統，內容及格式如附表十五。<u>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。</u></p> <p>(六) 辦理成人預防保健「健康加值」方案者，應將該方案檢查結果傳輸至健保署系統或登錄於健保署網頁，內容及格式如附表十六。</p> <p>逾期未申報相關資料或申報之資</p>	<p>及格式如附表十四。</p> <p>(五) 辦理口腔黏膜檢查者，應將口腔黏膜檢查結果與確診結果傳輸至健康署指定之系統，內容及格式如附表十五。</p> <p>(六) 辦理成人預防保健「健康加值」方案者，應將該方案檢查結果傳輸至健保署系統或登錄於健保署網頁，內容及格式如附表十六。</p> <p>逾期未申報相關資料或申報之資料不</p> <p>完整、不正確，經通知限期補正，逾期仍未補正者，本部得不予核付費</p> <p>用。</p>	
--	---	--

<p>料不完整、不正確，經通知限期補正，逾期仍未補正者，本部得不予核付費用。</p>		
<p><u>二十</u>、特約醫事服務機構應自提供各項預防保健服務之次月一日起六個月內，向健保署申報費用，逾期未申報者，本部不予核付費用。</p>	<p>十九、特約醫事服務機構應自提供各項預防保健服務之次月一日起六個月內，向健保署申報費用，逾期未申報者，本部不予核付費用。</p>	<p>點次變更，文字未修正。</p>
<p><u>二十一</u>、特約醫事服務機構辦理子宮頸抹片採樣或子宮頸細胞病理檢驗，其品質經抽查未達健康署所訂之標準，經通知限期改善，逾期仍未改善者，本部得依下列原則不予核付費用：</p> <p>(一) 特約辦理子宮頸抹片採樣之醫事服務機構，如連續二年統計難以判</p>	<p>二十、特約醫事服務機構辦理子宮頸抹片採樣或子宮頸細胞病理檢驗，其品質經抽查未達健康署所訂之標準，經通知限期改善，逾期仍未改善者，本部得依下列原則不予核付費用：</p> <p>(一) 特約辦理子宮頸抹片採樣之醫事服務機構，如連續二年統計難以判讀率未達標準，依該機構難以判讀率扣掉健</p>	<p>點次變更，文字未修正。</p>

<p>讀率未達標準，依該機構難以判讀率扣掉健康署所定之標準後，乘以當年該機構所有抹片量，為不予核付之抹片量。</p> <p>(二) 特約辦理子宮頸細胞病理檢驗之醫事服務機構，如連續二年抽審品質未達標準，依該機構被抽查良好或尚可抹片經複閱為難以判讀比率扣掉健康署所定之標準後，乘以當年該機構所有良好或尚可抹片量，為不予核付之抹片量。</p> <p>(三) 特約辦理子宮頸細胞病理檢驗之醫事服務機構，該機構</p>	<p>康署所定之標準後，乘以當年該機構所有抹片量，為不予核付之抹片量。</p> <p>(二) 特約辦理子宮頸細胞病理檢驗之醫事服務機構，如連續二年抽審品質未達標準，依該機構被抽查良好或尚可抹片經複閱為難以判讀比率扣掉健康署所定之標準後，乘以當年該機構所有良好或尚可抹片量，為不予核付之抹片量。</p> <p>(三) 特約辦理子宮頸細胞病理檢驗之醫事服務機構，該機構之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</p>	
---	--	--

<p>之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，但年度結算，超出年規定工作總量十分之一，則超量部分不予核付費用。</p>	<p>理診斷單位資格審查原則」之規定，但年度結算，超出年規定工作總量十分之一，則超量部分不予核付費用。</p>	
<p><u>二十二</u>、特約醫事服務機構辦理婦女乳房 X 光攝影檢查，其品質經查<u>有下列情形</u>未達健康署所訂之標準者，本部得依下列原則不予核付費用：</p> <p>(一) 篩檢疑似陽性個案追蹤完成率未達健康署所定之標準者，當年度篩</p>	<p>二十一、特約醫事服務機構辦理婦女乳房 X 光攝影檢查，其品質經查未達健康署所訂之標準，本部得依下列原則不予核付費用：</p> <p>(一) 篩檢疑似陽性個案追蹤完成率未達健康署所定之標準者，當年度篩檢費用折扣核</p>	<p>一、點次變更。 二、有關特約醫事服務機構辦理婦女乳房 X 光攝影檢查規定，酌修文字。</p>

<p>檢費用折扣核付；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。</p> <p>(二) <u>該機構之放射師</u>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。<u>其年度結算</u>超出年規定合理量十分之一以上部分，不予核付費用。</p>	<p>付；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。</p> <p>(二) 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，超出年規定合理量十分之一以上部分，不予核付費用。</p>	
<p><u>二十三</u>、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</p>	<p>二十二、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</p>	<p>點次變更，文字未修正。</p>

<p>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>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><u>二十四</u>、特約醫事服務機構辦理成人預防保健「健康加值」方案，其二階段服務間隔時間不得超過六個月；違反規定者，本部不予核付第二階段服務之費用。</p>	<p>二十三、特約醫事服務機構辦理成人預防保健「健康加值」方案，其二階段服務間隔時間不得超過六個月；違反規定者，本部不予核付第二階段服務之費用。</p>	<p>點次變更，文字未修正。</p>
<p><u>二十五</u>、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，如因其他醫療需求提供超過第三點及第四點所定項目及次數，則非屬健康署補助預防保健服務範圍。</p>	<p>二十四、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，如因其他醫療需求提供超過第三點及第四點所定項目及次數，則非屬健康署補助預防保健服務範圍。</p>	<p>點次變更，文字未修正。</p>
<p><u>二十六</u>、特約醫事服務機構經健保署同意後，可至公、私立長期照護機構、安養機</p>	<p>二十五、特約醫事服務機構經健保署同意後，可至公、私立長期照護機構、安養機</p>	<p>點次變更，文字未修正。</p>

<p>構、身心障礙福利機構及護理之家等機構提供一般門診診療業務。</p> <p>前項機構之入住個案，經醫師專業判斷，無下列情形之一者，得由特約醫事服務機構提供成人預防保健「健康加值」方案。</p> <p>(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「健康加值」方案近乎相同之檢查項目。</p> <p>(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、</p>	<p>構、身心障礙福利機構及護理之家等機構提供一般門診診療業務。</p> <p>前項機構之入住個案，經醫師專業判斷，無下列情形之一者，得由特約醫事服務機構提供成人預防保健「健康加值」方案。</p> <p>(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「健康加值」方案近乎相同之檢查項目。</p> <p>(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</p>	
---	--	--

<p>血糖、血膽固醇及三酸甘油酯四項與成人預防保健「健康加值」方案近乎相同之檢查項目。</p> <p>(三) 經診斷患有糖尿病、中風及心臟病之病人。</p>	<p>糖、血膽固醇及三酸甘油酯四項與成人預防保健「健康加值」方案近乎相同之檢查項目。</p> <p>(三) 經診斷患有糖尿病、中風及心臟病之病人。</p>	
<p><u>二十七</u>、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「健康加值」方案相同之檢查項目者，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>	<p>二十六、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「健康加值」方案相同之檢查項目者，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</p>	<p>點次變更，文字未修正。</p>

	此限。	
<u>二十八</u> 、健康署及健保署對於辦理預防保健服務特約醫事服務機構得實施不定期之查核與輔導。	二十七、健康署及健保署對於辦理預防保健服務特約醫事服務機構得實施不定期之查核與輔導。	點次變更，文字未修正。
<u>二十九</u> 、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，經查有費用申報不實、費用申報與病歷記載或服務提供不符，各項預防保健服務手冊表單、檢查結果之記載、登錄上傳虛偽不實，或有不正當方法招攬民眾提供服務之情事或其他違反醫療相關法規者，本部應追繳費用，並得終止辦理預防保健服務資格。	二十八、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，經查有費用申報不實、費用申報與病歷記載或服務提供不符，各項預防保健服務手冊表單、檢查結果之記載、登錄上傳虛偽不實，或有不正當方法招攬民眾提供服務之情事或其他違反醫療相關法規者，本部應追繳費用，並得終止辦理預防保健服務資格。	點次變更，文字未修正。

醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項第五點附表一修正對照表

修正規定		現行規定		說明	
【附表一】					
衛生福利部國民健康署預防保健服務補助金額					
一、兒童預防保健					
代碼	就醫序號	補助時程	建議年齡	服務項目	補助金額
71	IC71	出生至二個月 第一次	一個月	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔、對聲音之反應、吞嚥、心雜音、疝氣、隱睾、外生殖器、視聽篩檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展篩察：哭臉反應、注視物體。	250
72	IC72	二至四個月 第二次	二至三個月	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔及固視能力、心雜音、肝脾腫大、視聽篩檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展篩察：拍頭、手掌抓握、對人微笑。	250
73	IC73	四至十個月 第三次	四五九個月	1.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、視聽篩檢、疝氣、隱睾、外生殖器、對聲音之反應、心雜音、口膠檢查。 2.問診項目：餵食方法、副食品添加。 3.發展篩察：翻身、伸手拿東西、對聲音敏感、用手掌觸及在臉上的手帕(四五至八個月)、會爬、扶站、表達“再見”、發“Y、Y”音(八至九個月)。	250
75	IC75	十個月至一歲半 第四次	十個月至一歲半	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔、疝氣、隱睾、外生殖器、對聲音反應、心雜音、口膠檢查。 2.問診項目：固體食物。 3.發展篩察：站穩、扶走、手拍食物、能揮動單句子。	250
76	IC76	一歲半至二歲 第五次	一歲半至二歲	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位【須做斜視檢查之遮蓋測試】、疝氣、瞳孔、對聲音反應、口膠檢查。	320
(單位：新臺幣元)					
<p>一、因應業務實際需要的修。</p> <p>二、因急少化、考量產檢醫師、醫事人員須同時評估診察或因產母體、胎兒健康、為提升產檢服務品質、將給付醫療院所產檢超音波費用由新臺幣三百五十元調整至新臺幣五百五十元；給付助產所產檢超音波費用由新臺幣三百二十元調整至新臺幣五百二十六元。</p>					

代碼	就醫序號	補助時程	建議年齡	服務項目	補助金額
77	IC77	二至三歲 第六次	二至三歲	<p>2.同診項目：團體食物。</p> <p>3.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。</p> <p>1.身體檢查：身長、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查、心聽音。</p> <p>2.發展診察：會跑、脫鞋、拿著氣球、說出身體部位名稱。</p>	250
79	IC79	三至六歲 第七次	三至六歲 滿七歲	<p>1.身體檢查：身長、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查【辨識點立體圖】、心聽音、外生殖器、口腔檢查。</p> <p>2.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、辨識形狀或顏色。</p> <p>附預防接種是否完整 日常活動是否需限制、有心臟病、氣喘或患者、體質課須限制劇烈運動、此可併入學後之參考。</p>	320

代碼	就醫序號	補助時程	建議年齡	服務項目	補助金額
77	IC77	二至三歲 第六次	二至三歲	<p>2.同診項目：團體食物。</p> <p>3.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。</p> <p>1.身體檢查：身長、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查、心聽音。</p> <p>2.發展診察：會跑、脫鞋、拿著氣球、說出身體部位名稱。</p>	250
79	IC79	三至六歲 第七次	三至六歲 滿七歲	<p>1.身體檢查：身長、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查【辨識點立體圖】、心聽音、外生殖器、口腔檢查。</p> <p>2.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、辨識形狀或顏色。</p> <p>附預防接種是否完整 日常活動是否需限制、有心臟病、氣喘或患者、體質課須限制劇烈運動、此可併入學後之參考。</p>	320

幼兒童預防保健服務修正代碼 (16、19、76、79) 及就醫序號 (IC 16、IC 19、IC 76、IC 79)，自 99 年 2 月 1 日起至 99 年 6 月 30 日止，逾期未申報相關資料或申報之資料不完整、不正確、超過知照期間者，逾期仍未補正者，將只給付原補助額度 250 元 (即核扣 70 元)；自 99 年 7 月 1 日起，未依規定傳檢資料且未補正者，不予核付費用 (即核扣 320 元)。

幼兒童預防保健服務自 106 年 5 月 1 日起調整申報代碼、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)。

- 註：
- 有關年齡條件及重複條件之定義如下：
 - 年齡條件：醫令代碼 71-73、75；0=就醫年月-出生年月<=18
醫令代碼 76；18=就醫年月-出生年月<=24
醫令代碼 77；24=就醫年月-出生年月<=36
醫令代碼 79；36=就醫年月-出生年月<=84
 - 同時重複受檢定義：
 - 同身分證統一編號，同出生日期，同醫令代碼，一生限申報 1 次，依就醫日期排序後，第 2 筆起視為重複受檢個案；若就醫日期相同，則均視為重複受檢個案。
 - 其他核出生至今就醫年齡所有歷次申報資料，皆無違反限申報 1 次規定。
 - 醫令代碼 71、72，如部分自請代碼為「903」提供 IC 卡新生兒依附加註記方式就醫者，得不作年齡、病檢間隔條件 (1 生 1 次) 及重複條件之檢核。

二、孕婦產前檢查

(單位：新臺幣元)

代碼	就醫序號	檢驗時程	檢查項目	檢驗金額
醫務院所	醫務院所	醫務院所	醫務院所	醫務院所
41	IC41	IC51 (妊娠滿17週)	第一次 1. 於妊娠第六週或第一次檢查後包括下列檢查 (1) 問診：家庭或病史、過去或現在、過去孕產史、本胎不適症狀、戒煙習慣查詢 (2) 身體檢查：體重、身高、血壓、甲狀腺、乳房、骨盤體檢查、胸廓及腹部檢查 (3) 實驗室檢驗：血液常規項目(包括白血球[WBC]、紅血球(RBC)、血沉率(ESR)、血紅素(Hb)、平均紅血球容積(MCV)、血型、Rh)因子、德國麻疹抗體 Rubella IgG及 Rubella IgM 血清學試驗 或抗體 Rubella IgG及 Rubella IgM 血清學試驗 法於本次檢查者，可於第五次孕婦產前檢查時接受本項檢查；VDRL 或 RPR 血清檢查及尿液常規。 2. 例行檢查項目 (IC11) 3. 德國麻疹抗體檢查及血清學試驗或血清學試驗檢查費。 4. 例行檢查項目 (IC11) 5. 尿液檢查項目 (IC11)	662 (不含 Rubella IgG、Rubella IgM、HbA1c、HbA1c)
42	IC42	IC52	第二次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 尿液檢查項目 (IC11)	267 214
43	IC43	IC53 (妊娠滿17週至滿29週)	第二次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠20週前後提供一次超音波檢查(德國麻疹情況無法於本期檢查，可改於妊娠第三期接受本項檢查) 3. 尿液檢查項目 (IC11)	267 214 267 214 267 214
44	IC44	IC54	第三次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214
45	IC45	IC55	第四次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214
46	IC46	IC56	第五次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214
47	IC47	IC57 (妊娠滿29週以上)	第六次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214
48	IC48	IC58	第七次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214
49	IC49	IC59	第八次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214
50	IC50	IC60	第九次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214
61	IC61	IC61	第十次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214
62	IC62	IC62	第十一次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214

二、孕婦產前檢查

(單位：元)

代碼	就醫序號	檢驗時程	檢查項目	檢驗金額
醫務院所	醫務院所	醫務院所	醫務院所	醫務院所
41	IC41	IC51 (妊娠滿17週)	第一次 1. 於妊娠第六週或第一次檢查後包括下列檢查 (1) 問診：家庭或病史、過去或現在、過去孕產史、本胎不適症狀、戒煙習慣查詢 (2) 身體檢查：體重、身高、血壓、甲狀腺、乳房、骨盤體檢查、胸廓及腹部檢查 (3) 實驗室檢驗：血液常規項目(包括白血球[WBC]、紅血球(RBC)、血沉率(ESR)、血紅素(Hb)、平均紅血球容積(MCV)、血型、Rh)因子、德國麻疹抗體 Rubella IgG及 Rubella IgM 血清學試驗 或抗體 Rubella IgG及 Rubella IgM 血清學試驗 法於本次檢查者，可於第五次孕婦產前檢查時接受本項檢查；VDRL 或 RPR 血清檢查及尿液常規。 2. 例行檢查項目 (IC11) 3. 德國麻疹抗體檢查及血清學試驗或血清學試驗檢查費。 4. 例行檢查項目 (IC11) 5. 尿液檢查項目 (IC11)	662 (不含 Rubella IgG、Rubella IgM、HbA1c、HbA1c)
42	IC42	IC52	第二次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 尿液檢查項目 (IC11)	267 214
43	IC43	IC53 (妊娠滿17週至滿29週)	第二次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠20週前後提供一次超音波檢查(德國麻疹情況無法於本期檢查，可改於妊娠第三期接受本項檢查) 3. 尿液檢查項目 (IC11)	267 214 267 214 267 214
44	IC44	IC54	第三次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214
45	IC45	IC55	第四次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214
46	IC46	IC56	第五次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214
47	IC47	IC57 (妊娠滿29週以上)	第六次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214
48	IC48	IC58	第七次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214
49	IC49	IC59	第八次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214
50	IC50	IC60	第九次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214
61	IC61	IC61	第十次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214
62	IC62	IC62	第十一次 1. 例行檢查項目 (IC11) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL 梅毒血清學檢驗	267 214

63	IC41)IC51 IC50)IC60	母嬰親善醫療機構產前檢查母孔術收費表，每案每次增加之費用。 原本 以 之母嬰親善醫療機構所得申報。	20	20
64	IC41)IC51 IC45)IC55	Robetta IgG實驗室檢驗(於第一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，可改於第五次孕婦產前檢查接受本項檢 查。)(註2)	200	180
69	IC41)IC51 IC45)IC55	HBsAG、HBeAG (於第一次孕婦產前檢查提供一次檢驗服務，但因特 殊情況無法於本次檢查者，可改於第五次孕婦產前檢查接受本項檢查。)(註2)	170	170

註：

- 1.本注意事項所列內容包括：
 - (1)同診內容：本胎不適症狀如出血、腹痛、腰痛、頭痛、嘔吐等。
 - (2)身體檢查：體重、血壓、腹長(宮底高度)、胎心音、胎位、水腫、膝關節痛。
 - (3)實驗室檢查：尿蛋白、尿糖。
- 2.產後護理師產前檢查，每一孕婦產前，若於醫療院所產檢，其代碼04(國產就醫序號)IC41或IC45擇一申報；若於助產所產檢，其代碼05(國產就醫序號)IC51或IC55擇一申報；不得重複申報。本依規定申報者，不予核計該費用。
- 3.產後B型肝炎及血清標記檢驗，每一孕婦產檢，若於醫療院所產檢，其代碼69(國產就醫序號)IC41或IC45擇一申報；若於助產所產檢，其代碼70(國產就醫序號)IC51或IC55擇一申報；不得重複申報。本依規定申報者，不予核計該費用。
- 4.費用條件檢核：
 - (1)屬令代碼41、51、64(65)、69(70)同院所，同身分證字號，同月或連續2個月皆不得重複申報。
 - (2)屬令代碼42(52)4個月內不得重複申報。
 - (3)屬令代碼43(53)、61(62)、44(54)、45(55)、46(56)、47(57)、48(58)、49(59)、50(60)7個月內不得重複申報。
 - (4)屬令代碼64(65)及69(70)同院所，同身分證字號一年內不得重複3次(含)以上。
- 5.性別條件為女性。

69	IC41)IC51 IC45)IC55	HBsAG、HBeAG (但因特殊情況無法於本次檢查者，可改於第五次孕婦產前檢查接受本項檢查。)(註2)	170	170
----	------------------------	--	-----	-----

註：

- 1.B型肝炎血清標記檢驗HBsAG、HBeAG自103年11月1日起，由第五次產檢起免費至第一次產檢，但因特殊情況無法於第一次產檢接受檢驗者，可於第五次產檢接受檢驗。
- 2.本注意事項所列內容包括：
 - (1)同診內容：本胎不適症狀如出血、腹痛、腰痛、頭痛、嘔吐等。
 - (2)身體檢查：體重、血壓、腹長(宮底高度)、胎心音、胎位。
 - (3)實驗室檢查：尿蛋白、尿糖。
- 3.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醫療服務之特約醫療院所，並委由上開特約醫療院所列送結果。
- 4.母嬰親善醫療機構產前檢查費，每次產檢增加20元。
- 5.產後B型肝炎及血清標記檢驗，每一孕婦產檢，若於醫療院所產檢，其代碼69(國產就醫序號)IC41或IC45擇一申報；若於助產所產檢，其代碼70(國產就醫序號)IC51或IC55擇一申報；不得重複申報。本依規定申報者，不予核計該費用。
- 6.費用條件檢核：
 - (1)屬令代碼41、50、51、60、61(62)、64(65)、69(70)同院所，同身分證字號，同月或連續2個月皆不得重複申報。
 - (2)屬令代碼IC42(52)4個月內不得重複申報。
 - (3)屬令代碼43(53)、61(62)、44(54)、45(55)、46(56)、47(57)、48(58)、49(59)、50(60)7個月內不得重複申報。
 - (4)屬令代碼61(62)、64(65)及69(70)同院所，同身分證字號一年內不得重複3次(含)以上。
- 7.性別條件為女性。

三、研女子宮頸抹片檢查

(單位：新加坡元)

代碼	記號 序號	推測序號	服務項目	推測金額
31	IC31	30歲以上女子乙式 (醫療院所)	子宮頸抹片抹取 及塗抹細胞塗	230
35	IC35	30歲以上女子乙式 (社區所)	子宮頸抹片抹取	120
37	IC37	30歲以上女子乙式 (衛生局診所, 私家醫院或急診 室轉交家庭醫學科之診所)	子宮頸抹片抹取(含塗抹 細胞塗)	175
33	IC31	30歲以上女子乙式	子宮頸加蓋細胞塗	200

- 註:
- 有關註明、手術程序表有列明價格之服務如下:
(1) 30歲以上女子:
(a) 手術程序表第 31、35 和 37 項服務;
(b) 加蓋細胞塗(即 IC33 及 IC37 之服務);
(c) 衛生局和子宮頸抹片抹取費用(即 IC37 之服務);
(d) 塗抹細胞塗。
(2) 子宮頸抹片抹取或塗抹費用(九個月以下):
(a) 子宮頸抹片抹取或塗抹費用(含塗抹細胞塗)由病人或承辦人支付, 費用包括抹片、推測抹取費用及
寄家或郵政特快專遞單張和郵費(含稅)之費用, 但不包括抹片、推測抹取費用或塗抹細胞塗之費用。
(b) 子宮頸抹片抹取或塗抹費用(九個月以下)由病人或承辦人支付, 費用包括抹片、推測抹取費用及寄
家或郵政特快專遞單張和郵費(含稅)之費用, 但不包括抹片、推測抹取費用或塗抹細胞塗之費用。
(c) 塗抹細胞塗之費用由病人或承辦人支付, 費用包括抹片、推測抹取費用及寄家或郵政特快專遞單張和郵費(含稅)之費用。

二、研女子宮頸抹片檢查

(單位：元)

代碼	記號 序號	服務項目	服務金額	
31	IC31	30歲以上女子乙式 (醫療院所)	1. 子宮頸抹片抹取 2. 塗抹細胞塗	230
35	IC35	30歲以上女子乙式 (社區所)	子宮頸抹片抹取	120
37	IC37	30歲以上女子乙式 (衛生局診所, 私家醫院或急診 室轉交家庭醫學科之診所)	子宮頸抹片抹取(含塗抹 細胞塗)	175
33	IC31	30歲以上女子乙式	子宮頸加蓋細胞塗	200

- 註:
- 有關註明、手術程序表有列明價格之服務如下:
(1) 30歲以上女子:
(a) 手術程序表第 31、35 和 37 項服務;
(b) 加蓋細胞塗(即 IC33 及 IC37 之服務);
(c) 衛生局和子宮頸抹片抹取費用(即 IC37 之服務);
(d) 塗抹細胞塗。
(2) 子宮頸抹片抹取或塗抹費用(九個月以下):
(a) 子宮頸抹片抹取或塗抹費用(含塗抹細胞塗)由病人或承辦人支付, 費用包括抹片、推測抹取費用及
寄家或郵政特快專遞單張和郵費(含稅)之費用, 但不包括抹片、推測抹取費用或塗抹細胞塗之費用。
(b) 子宮頸抹片抹取或塗抹費用(九個月以下)由病人或承辦人支付, 費用包括抹片、推測抹取費用及寄
家或郵政特快專遞單張和郵費(含稅)之費用。
(c) 塗抹細胞塗之費用由病人或承辦人支付, 費用包括抹片、推測抹取費用及寄家或郵政特快專遞單張和郵費(含稅)之費用。

四、婦女乳房 X 光攝影檢查

(單位：新臺幣元)

代碼	就醫序號	補助時程	服務項目	補助金額
91	IC91	45 歲以上至未滿 70 歲之婦女，每二年乙次。	乳房 X 光攝影	1,245
93	IC93	40 歲以上至未滿 45 歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女，每二年乙次。	乳房 X 光攝影	1,245

註：1.有關性別、篩檢間隔及年齡條件之定義如下：

(1) 性別為「女性」；

(2) 篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年一前次就醫年 ≥ 2 」；

(3) 補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為：

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

b. 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函其親屬關係相關文件(如民眾無法提出證明，應請其填寫聲明書)，並留存影本於病歷中備查。

2. 經本節認可辦理預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查之醫事機構名單，將公布於健康署網站。

3. 加強篩檢異常民眾追蹤；特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查之醫事機構應，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年度篩檢費用：

(1) 計算方式

二個月內篩檢疑似陽性個案追蹤完成率	當年度應補助篩檢金額
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%

(2) 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 1 月 1 日至 12 月 31 日。

(3) 篩檢疑似陽性個案追蹤完成率=篩檢疑似陽性個案已追蹤完成數/篩檢疑似陽性個案數。

(4) 篩檢疑似陽性個案追蹤完成數為醫事機構機構乳房 X 光攝影篩檢結果為 category「0」、「3」、「4」、「5」之個案接受後續復檢、確診或手術人數；復檢、確診或手術醫院為本院或分院均列入計算。

(5) category「0」的個案須於 2 個月內完成復檢；category「3」的個案須於 6 個月內完成復檢；category「4」、「5」的個案(含 category「0」的個案)復檢結果為 category「4」、「5」的個案)須於 2 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，評估是否列入完成追蹤數。

22

四、婦女乳房 X 光攝影檢查

(單位：元)

代碼	就醫序號	補助時程	服務項目	補助金額
91	IC91	45 歲以上至未滿 70 歲之婦女，每二年乙次。	乳房 X 光攝影	1,245
93	IC93	40 歲以上至未滿 45 歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女，每二年乙次。	乳房 X 光攝影	1,245

註：1.有關性別、篩檢間隔及年齡條件之定義如下：

(1) 性別為「女性」；

(2) 篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年一前次就醫年 ≥ 2 」；

(3) 補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為：

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

b. 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函其親屬關係相關文件(如民眾無法提出證明，應請其填寫聲明書)，並留存影本於病歷中備查。

2. 經本節認可辦理預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查之醫事機構名單，將公布於健康署網站。

3. 加強篩檢異常民眾追蹤；特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查之醫事機構應，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年度篩檢費用：

(1) 計算方式

二個月內篩檢疑似陽性個案追蹤完成率	當年度應補助篩檢金額
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%

(2) 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 1 月 1 日至 12 月 31 日。

(3) 篩檢疑似陽性個案追蹤完成率=篩檢疑似陽性個案已追蹤完成數/篩檢疑似陽性個案數。

(4) 篩檢疑似陽性個案追蹤完成數為醫事機構機構乳房 X 光攝影篩檢結果為 category「0」、「3」、「4」、「5」之個案接受後續復檢、確診或手術人數；復檢、確診或手術醫院為本院或分院均列入計算。

(5) category「0」的個案須於 2 個月內完成復檢；category「3」的個案須於 6 個月內完成復檢；category「4」、「5」的個案(含 category「0」的個案)復檢結果為 category「4」、「5」的個案)須於 2 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，評估是否列入完成追蹤數。

22

五、定置免稅法具便帶出檢査

(資料：新法原文)

貨碼	稅額 單位	補助率額	稅務項目	補助 金額
83	KMS	50%以上至55% 75% 者，每二年乙式(每1)	1. 提法氏系合保存液之裝 瓶者，須裝單張，須檢 查，海客檢管裝瓶，裝 瓶口收口，運送等所屬人 力所行或者為。 2. 於提法氏系合保管貯罐況及 箱數檢核者，須裝單張者 書之於存貨者(註2)。 3. 醫隊通過貯罐的檢驗單 也或要記於出口單或箱 也印本項檢管或資料中 載。 (註3)	300
			如帶檢管異常或提法氏(第4)	100-250

註：

1. 提法氏系合保存液之裝瓶者，須裝單張者，須檢管(第1)
2. 於提法氏系合保管貯罐況及箱數檢核者，須裝單張者書之於存貨者(註2)。
3. 提法氏系合保管貯罐之裝瓶者，須裝單張者，須檢管(第1)
4. 提法氏系合保管貯罐之裝瓶者，須裝單張者，須檢管(第1)
5. 提法氏系合保管貯罐之裝瓶者，須裝單張者，須檢管(第1)
6. 提法氏系合保管貯罐之裝瓶者，須裝單張者，須檢管(第1)

1. 提法氏系合保存液之裝瓶者，須裝單張者，須檢管(第1)
2. 於提法氏系合保管貯罐況及箱數檢核者，須裝單張者書之於存貨者(註2)。
3. 醫隊通過貯罐的檢驗單也或要記於出口單或箱也印本項檢管或資料中載。
(註3)

五、定置免稅法具便帶出檢査

(資料：原文)

貨碼	稅額 單位	補助率額	稅務項目	補助 金額
83	KMS	50%以上至55% 75% 者，每二年乙式(每1)	1. 提法氏系合保存液之裝 瓶者，須裝單張，須檢 查，海客檢管裝瓶，裝 瓶口收口，運送等所屬人 力所行或者為。 2. 於提法氏系合保管貯罐況及 箱數檢核者，須裝單張者 書之於存貨者(註2)。 3. 醫隊通過貯罐的檢驗單 也或要記於出口單或箱 也印本項檢管或資料中 載。 (註3)	300
			如帶檢管異常或提法氏(第1)	100-250

註：

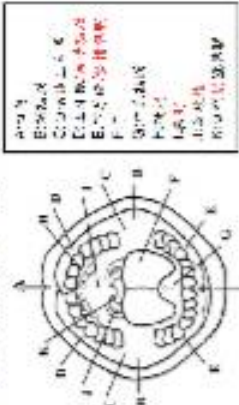
1. 提法氏系合保存液之裝瓶者，須裝單張者，須檢管(第1)
2. 於提法氏系合保管貯罐況及箱數檢核者，須裝單張者書之於存貨者(註2)。
3. 醫隊通過貯罐的檢驗單也或要記於出口單或箱也印本項檢管或資料中載。
(註3)

1. 提法氏系合保存液之裝瓶者，須裝單張者，須檢管(第1)
2. 於提法氏系合保管貯罐況及箱數檢核者，須裝單張者書之於存貨者(註2)。
3. 醫隊通過貯罐的檢驗單也或要記於出口單或箱也印本項檢管或資料中載。
(註3)

國民健康署口腔黏膜檢查表

106年4月修正
第一版(含增修紀錄表)

本表適用於：1. 醫師或牙醫師對患者口腔黏膜檢查之紀錄表。
2. 醫師或牙醫師對患者口腔黏膜檢查之紀錄表。
3. 醫師或牙醫師對患者口腔黏膜檢查之紀錄表。



- A: 唇
- B: 齒齦
- C: 牙齦
- D: 牙齦
- E: 舌背
- F: 舌背
- G: 舌背
- H: 舌背
- I: 舌背
- J: 舌背
- K: 舌背

檢查日期：____年____月____日
檢查地點：____
檢查醫師：____
患者姓名：____
患者性別：____
患者年齡：____

檢查部位及異常表現：
唇：____
齒齦：____
牙齦：____
舌背：____

醫師或牙醫師對患者口腔黏膜檢查之紀錄表。
1. 患者姓名：____
2. 患者性別：____
3. 患者年齡：____
4. 檢查日期：____
5. 檢查地點：____
6. 檢查醫師：____

醫師或牙醫師對患者口腔黏膜檢查之紀錄表。
1. 患者姓名：____
2. 患者性別：____
3. 患者年齡：____
4. 檢查日期：____
5. 檢查地點：____
6. 檢查醫師：____

醫師或牙醫師對患者口腔黏膜檢查之紀錄表。
1. 患者姓名：____
2. 患者性別：____
3. 患者年齡：____
4. 檢查日期：____
5. 檢查地點：____
6. 檢查醫師：____

醫師或牙醫師對患者口腔黏膜檢查之紀錄表。
1. 患者姓名：____
2. 患者性別：____
3. 患者年齡：____
4. 檢查日期：____
5. 檢查地點：____
6. 檢查醫師：____

國民健康署口腔黏膜檢查表

106年4月修正
第一版(含增修紀錄表)

本表適用於：1. 醫師或牙醫師對患者口腔黏膜檢查之紀錄表。
2. 醫師或牙醫師對患者口腔黏膜檢查之紀錄表。
3. 醫師或牙醫師對患者口腔黏膜檢查之紀錄表。



- A: 唇
- B: 齒齦
- C: 牙齦
- D: 牙齦
- E: 舌背
- F: 舌背
- G: 舌背
- H: 舌背
- I: 舌背
- J: 舌背
- K: 舌背

檢查日期：____年____月____日
檢查地點：____
檢查醫師：____
患者姓名：____
患者性別：____
患者年齡：____

檢查部位及異常表現：
唇：____
齒齦：____
牙齦：____
舌背：____

醫師或牙醫師對患者口腔黏膜檢查之紀錄表。
1. 患者姓名：____
2. 患者性別：____
3. 患者年齡：____
4. 檢查日期：____
5. 檢查地點：____
6. 檢查醫師：____

醫師或牙醫師對患者口腔黏膜檢查之紀錄表。
1. 患者姓名：____
2. 患者性別：____
3. 患者年齡：____
4. 檢查日期：____
5. 檢查地點：____
6. 檢查醫師：____

醫師或牙醫師對患者口腔黏膜檢查之紀錄表。
1. 患者姓名：____
2. 患者性別：____
3. 患者年齡：____
4. 檢查日期：____
5. 檢查地點：____
6. 檢查醫師：____

醫師或牙醫師對患者口腔黏膜檢查之紀錄表。
1. 患者姓名：____
2. 患者性別：____
3. 患者年齡：____
4. 檢查日期：____
5. 檢查地點：____
6. 檢查醫師：____

醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項第十八點附表十五修正對照表

修正規定	現行規定	說明																																																																																																																																																																																																																																				
<p>【附表十五】 國民健康署口腔黏膜檢查資料電子檔申報格式</p> <p>電子檔申報格式如下：</p> <p>1. 申報格式：電子檔申報資料，其內容第一級必須採【表 15-1】格式輸入，第二級必須採【表 15-2】格式輸入，第三級必須採【表 15-3】格式輸入。</p> <p>2. 申報格式：電子檔申報資料，其內容第一級必須採【表 15-1】格式輸入，第二級必須採【表 15-2】格式輸入，第三級必須採【表 15-3】格式輸入。</p> <p>3. 申報格式：電子檔申報資料，其內容第一級必須採【表 15-1】格式輸入，第二級必須採【表 15-2】格式輸入，第三級必須採【表 15-3】格式輸入。</p> <p>4. 申報格式：電子檔申報資料，其內容第一級必須採【表 15-1】格式輸入，第二級必須採【表 15-2】格式輸入，第三級必須採【表 15-3】格式輸入。</p> <p>15-1 醫療機構申報資料</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>序號</th> <th>欄位名稱</th> <th>屬性</th> <th>長度</th> <th>必填</th> <th>說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>醫學機構代碼</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>診所代碼或醫院代碼</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>醫師代碼</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>醫師代碼</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>醫師姓名</td> <td>文字</td> <td>20</td> <td>Y</td> <td>醫師姓名(以健保卡資料為準)</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>申報時間(YYYYMMDD)</td> <td>文字</td> <td>8</td> <td>Y</td> <td>申報時間(YYYYMMDD)</td> </tr> </tbody> </table> <p>第一級資料格式：</p> <p>15-2 檢查結果資料</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>序號</th> <th>欄位名稱</th> <th>屬性</th> <th>長度</th> <th>必填</th> <th>說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>檢查代碼</td> <td>文字</td> <td>1</td> <td>Y</td> <td>1: 口腔黏膜檢查</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>結果</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>1: 正常 2: 異常 3: 可疑</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>說明</td> <td>文字</td> <td>20</td> <td>Y</td> <td>1: 正常 2: 異常 3: 可疑</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>檢查日期</td> <td>文字</td> <td>8</td> <td>Y</td> <td>檢查日期(YYYYMMDD)</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>檢查地點</td> <td>文字</td> <td>20</td> <td>Y</td> <td>檢查地點(診所或醫院)</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>檢查醫師</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>檢查醫師代碼</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>檢查醫院</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>檢查醫院代碼</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>檢查診所</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>檢查診所代碼</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>檢查時間</td> <td>文字</td> <td>8</td> <td>Y</td> <td>檢查時間(YYYYMMDD)</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>檢查地點</td> <td>文字</td> <td>20</td> <td>Y</td> <td>檢查地點(診所或醫院)</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>檢查醫師</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>檢查醫師代碼</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>檢查醫院</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>檢查醫院代碼</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>檢查診所</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>檢查診所代碼</td> </tr> </tbody> </table>	序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	說明	1	醫學機構代碼	文字	10	Y	診所代碼或醫院代碼	2	醫師代碼	文字	10	Y	醫師代碼	3	醫師姓名	文字	20	Y	醫師姓名(以健保卡資料為準)	4	申報時間(YYYYMMDD)	文字	8	Y	申報時間(YYYYMMDD)	序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	說明	1	檢查代碼	文字	1	Y	1: 口腔黏膜檢查	2	結果	文字	10	Y	1: 正常 2: 異常 3: 可疑	3	說明	文字	20	Y	1: 正常 2: 異常 3: 可疑	4	檢查日期	文字	8	Y	檢查日期(YYYYMMDD)	5	檢查地點	文字	20	Y	檢查地點(診所或醫院)	6	檢查醫師	文字	10	Y	檢查醫師代碼	7	檢查醫院	文字	10	Y	檢查醫院代碼	8	檢查診所	文字	10	Y	檢查診所代碼	9	檢查時間	文字	8	Y	檢查時間(YYYYMMDD)	10	檢查地點	文字	20	Y	檢查地點(診所或醫院)	11	檢查醫師	文字	10	Y	檢查醫師代碼	12	檢查醫院	文字	10	Y	檢查醫院代碼	13	檢查診所	文字	10	Y	檢查診所代碼	<p>【附表十五】 國民健康署口腔黏膜檢查資料電子檔申報格式</p> <p>電子檔申報格式如下：</p> <p>1. 申報格式：電子檔申報資料，其內容第一級必須採【表 15-1】格式輸入，第二級必須採【表 15-2】格式輸入，第三級必須採【表 15-3】格式輸入。</p> <p>2. 申報格式：電子檔申報資料，其內容第一級必須採【表 15-1】格式輸入，第二級必須採【表 15-2】格式輸入，第三級必須採【表 15-3】格式輸入。</p> <p>3. 申報格式：電子檔申報資料，其內容第一級必須採【表 15-1】格式輸入，第二級必須採【表 15-2】格式輸入，第三級必須採【表 15-3】格式輸入。</p> <p>4. 申報格式：電子檔申報資料，其內容第一級必須採【表 15-1】格式輸入，第二級必須採【表 15-2】格式輸入，第三級必須採【表 15-3】格式輸入。</p> <p>15-1 醫療機構申報資料</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>序號</th> <th>欄位名稱</th> <th>屬性</th> <th>長度</th> <th>必填</th> <th>說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>醫學機構代碼</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>診所代碼或醫院代碼</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>醫師代碼</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>醫師代碼</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>醫師姓名</td> <td>文字</td> <td>20</td> <td>Y</td> <td>醫師姓名(以健保卡資料為準)</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>申報時間(YYYYMMDD)</td> <td>文字</td> <td>8</td> <td>Y</td> <td>申報時間(YYYYMMDD)</td> </tr> </tbody> </table> <p>第一級資料格式：</p> <p>15-2 檢查結果資料</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>序號</th> <th>欄位名稱</th> <th>屬性</th> <th>長度</th> <th>必填</th> <th>說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>檢查代碼</td> <td>文字</td> <td>1</td> <td>Y</td> <td>1: 口腔黏膜檢查</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>結果</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>1: 正常 2: 異常 3: 可疑</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>說明</td> <td>文字</td> <td>20</td> <td>Y</td> <td>1: 正常 2: 異常 3: 可疑</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>檢查日期</td> <td>文字</td> <td>8</td> <td>Y</td> <td>檢查日期(YYYYMMDD)</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>檢查地點</td> <td>文字</td> <td>20</td> <td>Y</td> <td>檢查地點(診所或醫院)</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>檢查醫師</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>檢查醫師代碼</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>檢查醫院</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>檢查醫院代碼</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>檢查診所</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>檢查診所代碼</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>檢查時間</td> <td>文字</td> <td>8</td> <td>Y</td> <td>檢查時間(YYYYMMDD)</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>檢查地點</td> <td>文字</td> <td>20</td> <td>Y</td> <td>檢查地點(診所或醫院)</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>檢查醫師</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>檢查醫師代碼</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>檢查醫院</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>檢查醫院代碼</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>檢查診所</td> <td>文字</td> <td>10</td> <td>Y</td> <td>檢查診所代碼</td> </tr> </tbody> </table>	序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	說明	1	醫學機構代碼	文字	10	Y	診所代碼或醫院代碼	2	醫師代碼	文字	10	Y	醫師代碼	3	醫師姓名	文字	20	Y	醫師姓名(以健保卡資料為準)	4	申報時間(YYYYMMDD)	文字	8	Y	申報時間(YYYYMMDD)	序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	說明	1	檢查代碼	文字	1	Y	1: 口腔黏膜檢查	2	結果	文字	10	Y	1: 正常 2: 異常 3: 可疑	3	說明	文字	20	Y	1: 正常 2: 異常 3: 可疑	4	檢查日期	文字	8	Y	檢查日期(YYYYMMDD)	5	檢查地點	文字	20	Y	檢查地點(診所或醫院)	6	檢查醫師	文字	10	Y	檢查醫師代碼	7	檢查醫院	文字	10	Y	檢查醫院代碼	8	檢查診所	文字	10	Y	檢查診所代碼	9	檢查時間	文字	8	Y	檢查時間(YYYYMMDD)	10	檢查地點	文字	20	Y	檢查地點(診所或醫院)	11	檢查醫師	文字	10	Y	檢查醫師代碼	12	檢查醫院	文字	10	Y	檢查醫院代碼	13	檢查診所	文字	10	Y	檢查診所代碼	<p>依檢查表格式。</p>
序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	說明																																																																																																																																																																																																																																	
1	醫學機構代碼	文字	10	Y	診所代碼或醫院代碼																																																																																																																																																																																																																																	
2	醫師代碼	文字	10	Y	醫師代碼																																																																																																																																																																																																																																	
3	醫師姓名	文字	20	Y	醫師姓名(以健保卡資料為準)																																																																																																																																																																																																																																	
4	申報時間(YYYYMMDD)	文字	8	Y	申報時間(YYYYMMDD)																																																																																																																																																																																																																																	
序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	說明																																																																																																																																																																																																																																	
1	檢查代碼	文字	1	Y	1: 口腔黏膜檢查																																																																																																																																																																																																																																	
2	結果	文字	10	Y	1: 正常 2: 異常 3: 可疑																																																																																																																																																																																																																																	
3	說明	文字	20	Y	1: 正常 2: 異常 3: 可疑																																																																																																																																																																																																																																	
4	檢查日期	文字	8	Y	檢查日期(YYYYMMDD)																																																																																																																																																																																																																																	
5	檢查地點	文字	20	Y	檢查地點(診所或醫院)																																																																																																																																																																																																																																	
6	檢查醫師	文字	10	Y	檢查醫師代碼																																																																																																																																																																																																																																	
7	檢查醫院	文字	10	Y	檢查醫院代碼																																																																																																																																																																																																																																	
8	檢查診所	文字	10	Y	檢查診所代碼																																																																																																																																																																																																																																	
9	檢查時間	文字	8	Y	檢查時間(YYYYMMDD)																																																																																																																																																																																																																																	
10	檢查地點	文字	20	Y	檢查地點(診所或醫院)																																																																																																																																																																																																																																	
11	檢查醫師	文字	10	Y	檢查醫師代碼																																																																																																																																																																																																																																	
12	檢查醫院	文字	10	Y	檢查醫院代碼																																																																																																																																																																																																																																	
13	檢查診所	文字	10	Y	檢查診所代碼																																																																																																																																																																																																																																	
序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	說明																																																																																																																																																																																																																																	
1	醫學機構代碼	文字	10	Y	診所代碼或醫院代碼																																																																																																																																																																																																																																	
2	醫師代碼	文字	10	Y	醫師代碼																																																																																																																																																																																																																																	
3	醫師姓名	文字	20	Y	醫師姓名(以健保卡資料為準)																																																																																																																																																																																																																																	
4	申報時間(YYYYMMDD)	文字	8	Y	申報時間(YYYYMMDD)																																																																																																																																																																																																																																	
序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	說明																																																																																																																																																																																																																																	
1	檢查代碼	文字	1	Y	1: 口腔黏膜檢查																																																																																																																																																																																																																																	
2	結果	文字	10	Y	1: 正常 2: 異常 3: 可疑																																																																																																																																																																																																																																	
3	說明	文字	20	Y	1: 正常 2: 異常 3: 可疑																																																																																																																																																																																																																																	
4	檢查日期	文字	8	Y	檢查日期(YYYYMMDD)																																																																																																																																																																																																																																	
5	檢查地點	文字	20	Y	檢查地點(診所或醫院)																																																																																																																																																																																																																																	
6	檢查醫師	文字	10	Y	檢查醫師代碼																																																																																																																																																																																																																																	
7	檢查醫院	文字	10	Y	檢查醫院代碼																																																																																																																																																																																																																																	
8	檢查診所	文字	10	Y	檢查診所代碼																																																																																																																																																																																																																																	
9	檢查時間	文字	8	Y	檢查時間(YYYYMMDD)																																																																																																																																																																																																																																	
10	檢查地點	文字	20	Y	檢查地點(診所或醫院)																																																																																																																																																																																																																																	
11	檢查醫師	文字	10	Y	檢查醫師代碼																																																																																																																																																																																																																																	
12	檢查醫院	文字	10	Y	檢查醫院代碼																																																																																																																																																																																																																																	
13	檢查診所	文字	10	Y	檢查診所代碼																																																																																																																																																																																																																																	

卷次	欄位名稱	屬性	欄位名稱	屬性	欄位名稱	屬性
13	元証	文字	元証	文字	元証	文字
14	次書	文字	次書	文字	次書	文字
15	附新書	文字	附新書	文字	附新書	文字
16	帳簿	文字	帳簿	文字	帳簿	文字
17	書表或帳	文字	書表或帳	文字	書表或帳	文字
18	帳簿或會計式或	文字	帳簿或會計式或	文字	帳簿或會計式或	文字
19	門抄日期	文字	門抄日期	文字	門抄日期	文字
20	帳簿或書	文字	帳簿或書	文字	帳簿或書	文字
21	帳簿或書	文字	帳簿或書	文字	帳簿或書	文字
22	帳簿或書	文字	帳簿或書	文字	帳簿或書	文字

衛生福利部國民健康署預防保健服務補助金額

一、兒童預防保健

(單位：新臺幣元)

代碼	就醫序號	補助時程		建議年齡	服務項目	補助金額
71	IC71	出生至二個月	第一次	一個月	1.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、隱睾、外生殖器、髖關節篩檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：驚嚇反應、注視物體。	250
72	IC72	二至四個月	第二次	二至三個月	1.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。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：抬頭、手掌張開、對人微笑。	250
73	IC73	四至十個月	第三次	四至九個月	1.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、隱睾、外生殖器、對聲音之反應、心雜音、口腔檢查。 2.問診項目：餵食方法、副食品添加。 3.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ㄅ、ㄇ音(八至九個月)。	250
75	IC75	十個月至一歲半	第四次	十個月至一歲半	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔、疝氣、隱睾、外生殖器、對聲音反應、心雜音、口腔檢查。 2.問診項目：固體食物。 3.發展診察：站穩、扶走、手指拿物、聽懂簡單句子。	250
76	IC76	一歲半至二歲	第五次	一歲半至二歲	1.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。	320

代碼	就醫序號	補助時程		建議年齡	服務項目	補助金額
					2.問診項目：固體食物。 3.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。	
77	IC77	二至三歲	第六次	二至三歲	1.身體檢查：身長、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查、心雜音。 2.發展診察：會跑、脫鞋、拿筆亂畫、說出身體部位名稱。	250
79	IC79	三至未滿七歲	第七次	三至未滿七歲	1.身體檢查：身長、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。 2.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

※兒童預防保健服務修正代碼(16、19、76、79)及就醫序號(IC 16、IC 19、IC 76、IC79)，自99年2月1日起至99年6月30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，逾期仍未補正者，將只給付原補助額度250元(即核扣70元)；自99年7月1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)。

※兒童預防保健服務自106年5月1日起將修正申報代碼，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)。

註：

1. 有關年齡條件及重複條件之定義如下：

(1) 年齡條件：醫令代碼71-73、75： $0 \leq \text{就醫年月} - \text{出生年月} \leq 18$

醫令代碼76： $18 \leq \text{就醫年月} - \text{出生年月} \leq 24$

醫令代碼77： $24 \leq \text{就醫年月} - \text{出生年月} \leq 36$

醫令代碼79： $36 \leq \text{就醫年月} - \text{出生年月} \leq 84$

(2) 跨院重複受檢定義：

A. 同身分證統一編號、同出生日期、同醫令代碼、一生限申報1次。依就醫日期排序後，第2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。

B. 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1次規定。

(3) 醫令代碼71、72，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(1生1次)及重複條件之檢核。

二、孕婦產前檢查

(單位：新臺幣元)

代碼		就醫序號		補助時程	檢查項目	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	
41	51	IC41	IC51	妊娠第一期 (妊娠未滿17週)	1. 於妊娠第六週或第一次檢查須包括下列檢查項目 (1) 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 (2) 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 (3) 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，可於第五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。 2. 例行檢查項目(註1) 3. 德國麻疹抗體檢查呈陰性之孕婦，應在產後儘速注射1劑麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗，該劑疫苗免費。	662 (不含Rubella IgG及HBsAg、HBeAg)	594 (不含Rubella IgG及HBsAg、HBeAg)	
42	52	IC42	IC52		第二次	1. 例行檢查項目(註1) 2. 早產防治衛教指導	267	214
43	53	IC43	IC53	妊娠第二期 (妊娠17週至未滿29週)	1. 例行檢查項目(註1) 2. 於妊娠20週前後提供一次超音波檢查(惟因特殊情況無法於本期檢查，可改於妊娠第三期接受本項檢查) 3. 早產防治衛教指導	267 (不含超音波)	214 (不含超音波)	
44	54	IC44	IC54		第四次	例行檢查項目(註1)	267	214
45	55	IC45	IC55	妊娠第三期 (妊娠29週以上)	1. 例行檢查項目(註1) 2. 於妊娠32週前後提供VDRL等實驗室檢驗	297	244	
46	56	IC46	IC56		第六次	例行檢查項目(註1)	267	214
47	57	IC47	IC57		第七次	例行檢查項目(註1)	267	214
48	58	IC48	IC58		第八次	例行檢查項目(註1)	267	214
49	59	IC49	IC59		第九次	例行檢查項目(註1)	267	214
50	60	IC50	IC60		第十次	例行檢查項目(註1)	267	214
61	62	IC43 ~ IC50	IC53 ~ IC60	超音波檢查：於妊娠第二期提供一次超音波檢查，惟因特殊情況無法於該期檢查，可改於妊娠第三期接受本項檢查。		550	526	

63	63	IC41 ~ IC50	IC51 ~ IC60	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。 限本署認證之母嬰親善醫療機構始得申報。	20	20
64	65	IC41 、 IC45	IC51 、 IC55	Rubella IgG實驗室檢驗(於第一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，可改於第五次孕婦產前檢查接受本項檢查。)(註2)	200	180
69	70	IC41 、 IC45	IC51 、 IC55	HBsAG、HBeAG(於第一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，可改於第五次孕婦產前檢查接受本項檢查。)(註3)	170	170

註：

1.本注意事項所稱例行產檢內容包括：

- (1)問診內容：本胎不適症狀如出血、腹痛、頭痛、痙攣等。
- (2)身體檢查：體重、血壓、腹長(宮底高度)、胎心音、胎位、水腫、靜脈曲張。
- (3)實驗室檢查：尿蛋白、尿糖。

2.產檢德國麻疹抗體檢驗。每一孕婦產檢，若於醫療院所產檢，其代碼64須與就醫序號IC41或IC45擇一申報；若於助產所產檢，其代碼65須與就醫序號IC51或IC55擇一申報；不得重複申報。未依規定申報者，不予核付該費用。

3.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，其代碼69須與就醫序號IC41或IC45擇一申報；若於助產所產檢，其代碼70須與就醫序號IC51或IC55擇一申報；不得重複申報。未依規定申報者，不予核付該費用。

4.重複條件檢核：

- (1)醫令代碼41(51)、64(65)、69(70)同院所、同身分證字號、同月或連續2個月皆不得重複申報。
- (2)醫令代碼42(52)4個月內不得重複申報。
- (3)醫令代碼43(53)、61(62)、44(54)、45(55)、46(56)、47(57)、48(58)、49(59)、50(60)7個月內不得重複申報。
- (4)醫令代碼64(65)及69(70)同院所、同身分證字號一年內不得重複3次(含)以上。

5.性別條件為女性。

三、婦女子宮頸抹片檢查

(單位：新臺幣元)

代碼	就醫序號	補助時程	服務項目	補助金額
31	IC31	30歲以上每年乙次 (醫療院所)	1.子宮頸抹片採樣 2.骨盆腔檢查	230
35	IC35	30歲以上每年乙次 (助產所)	子宮頸抹片採樣	120
37	IC37	30歲以上每年乙次 (衛生所執業，執業登記非屬婦產科或家庭醫學科之醫師)	子宮頸抹片採樣(未含骨盆腔檢查)	175
33	IC31	30歲以上每年乙次	子宮頸細胞病理檢驗	200

註：

- 有關性別、年齡條件及篩檢間隔條件之定義如下：
 - 性別為「女性」；
 - 年齡與間隔時間皆以「年份」做檢核條件：
 - 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 」。
- 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之醫師，須先完成本部**國民健康署**核可之子宮頸抹片採樣訓練。
- 申報子宮頸細胞病理檢驗費用之條件如下：
 - 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，但年度結算，超出年規定工作總量十分之一，則超量部分不予核付費用。
 - 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。
- 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。

四、婦女乳房 X 光攝影檢查

(單位：新臺幣元)

代碼	就醫序號	補助時程	服務項目	補助金額
91	IC91	45 歲以上至未滿 70 歲之婦女，每二年乙次。	乳房 X 光攝影	1,245
93	IC93	40 歲以上至未滿 45 歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女，每二年乙次。	乳房 X 光攝影	1,245

註：1. 有關性別、篩檢間隔及年齡條件之定義如下：

- (1) 性別為「女性」；
- (2) 篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年-前次就醫年 ≥ 2 」；
- (3) 補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為：
 - a. 代碼 91 之年齡條件為「 $45 \leq$ 就醫年-出生年 ≤ 70 」；
 - b. 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。
2. 經本部認可辦理預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查之醫事機構名單，將公告於健康署網站。
3. 加強篩檢異常民眾追蹤：

特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查之醫事服務機構，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：

(1) 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%

- (2) 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 1 月 1 日至 12 月 31 日。
- (3) 篩檢疑似陽性個案追蹤完成率=篩檢疑似陽性個案已追蹤完成數/篩檢疑似陽性個案數。
- (4) 篩檢疑似陽性個案追蹤完成數為醫事服務機構乳房 X 光攝影篩檢結果為 category「0」、「3」、「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。
- (5) category「0」的個案須於 2 個月內完成複檢；category「3」的個案須於 6 個月內完成複檢；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 2 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。

(6)如醫事服務機構同時有院內攝影儀器及乳攝車，分開計算。

4. 維持篩檢品質：

特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查之醫事服務機構，其年工作量超出健康署訂定標準者，本部得依下列標準核付當年度部分篩檢費用：

- (1)特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查之醫事服務機構，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，但年度結算，超出年規定合理量十分之一，則超量部分不核付費用。
- (2)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」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)之工作天數(含例假日) /365 天 X6000 案之總和，為該機構之年乳房 X 光攝影檢查合理量。

五、定量免疫法糞便潛血檢查

(單位：新臺幣元)

代碼	就醫序號	補助時程	服務項目	補助金額
85	IC85	50 歲以上至未滿 75 歲者，每二年乙次 (註 1)	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、運送等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 (註 2)。 3. 醫院通過認證的檢驗單位或委託檢驗醫事機構辦理本項檢驗與資料申報。 (註 3)	200
		加強篩檢異常民眾追蹤 (註 4)		100~250

註：

1. 有關年齡與間隔時間皆以「年份」做檢核條件：

- (1) 年齡條件定義為「 $50 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 75$ 」；
- (2) 篩檢間隔條件為「當次就醫年 - 前次就醫年 ≥ 2 」。

2. 衛教檢核表將公告於健康署網站。

3. 定量免疫法糞便潛血檢查：

- (1) 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。
- (2) 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證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。
- (3) 代碼 85 之補助金額由特約醫療院所申報費用。

4. 加強篩檢異常民眾追蹤：

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、乙狀結腸鏡+銀劑攝影檢查)，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。各特約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，委請中央健康保險署代撥費用 (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)。

- (1) 確診率 $< 55\%$ ：支付 100 元/每名確診個案。
- (2) $60\% > \text{確診率} \geq 55\%$ ：支付 150 元/每名確診個案。
- (3) $70\% > \text{確診率} \geq 60\%$ ：支付 200 元/每名確診個案。
- (4) 確診率 $\geq 70\%$ ：支付 250 元/每名確診個案。

六、口腔黏膜檢查

(單位：新臺幣元)

代碼	就醫序號	補助時程	服務項目	補助金額
95	IC95	30 歲以上有嚼檳榔 (含已戒) 或吸菸習慣者，每二年乙次	口腔黏膜檢查	130
97	IC97	18 歲以上至未滿 30 歲有嚼檳榔 (含已戒) 習慣之原住民，每二年乙次	口腔黏膜檢查	130
		口腔黏膜檢查服務品質 (註 2)		20

註：

- 有關身分、年齡條件及篩檢間隔條件之定義如下：
 - 30 歲以上受檢者身分需為嚼檳榔 (含已戒) 或吸菸民眾，18 歲以上至未滿 30 歲受檢者身分需為嚼檳榔 (含已戒) 原住民；
 - 篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年-前次就醫年 \geq 2」；
 - 補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為：
 - 代碼 95 之年齡條件定義為「就醫年-出生年 \geq 30」；
 - 代碼 97 之年齡條件定義為「18 \leq 就醫年-出生年 \leq 29」，受檢原住民須出示戶口名簿 (如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書)，提供警事服務機構驗證；警事服務機構驗證後須於病歷上登載「原住民」身份別備查。
- 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)：
 - 完整申報篩檢個案「菸檳行為」；
 - 篩檢陽性個案電話追蹤和申報至少達 95%，且兩個月內接受後續確診至少達 60%；
 - 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%。

七、成人預防保健「健康加值」方案

(單位：新臺幣元)

代碼	就醫序號	給付時程	服務項目	補助金額
21	IC21	40歲以上未滿65歲者，每三年補助乙次	第一階段 1. 受檢者應先填寫「成人預防保健『健康加值』方案服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱症檢測。 2. 生化檢查：血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、GOT、GPT、肌酸酐。 3. 尿液檢查：蛋白質。 【採定性方式即可】 4. 腎絲球過濾率計算。 5. 低密度脂蛋白膽固醇計算。	300
23	IC21		第二階段 1. 第一階段之檢驗結果判讀與建議。 2. 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。 3. 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
22	IC22	65歲以上者，每年補助乙次	第一階段 1. 受檢者應先填寫「成人預防保健『健康加值』方案服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱症檢測。 2. 生化檢查：血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、GOT、GPT、肌酸酐。 3. 尿液檢查：蛋白質。 【採定性方式即可】 4. 腎絲球過濾率計算。 5. 低密度脂蛋白膽固醇計算。	300
24	IC22		第二階段 1. 第一階段之檢驗結果判讀與建議。 2. 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。 3. 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
25	IC23	罹患小兒麻痺且年在35歲以上者，每年補助乙次	第一階段 1. 受檢者應先填寫「成人預防保健『健康加值』方案服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱症檢測。 2. 生化檢查：血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、GOT、GPT、肌酸酐。 3. 尿液檢查：蛋白質。 【採定性方式即可】 4. 腎絲球過濾率計算。 5. 低密度脂蛋白膽固醇計算。	300
26	IC23		第二階段 1. 第一階段之檢驗結果判讀與建議。 2. 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。 3. 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220

代碼	就醫序號	給付時程	服務項目	補助金額
27	IC24	身分別為原住民且55歲以上未滿65歲，每一年補助乙次	第一階段 1. 受檢者應先填寫「成人預防保健『健康加值』方案服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱症檢測。 2. 生化檢查：血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、GOT、GPT、肌酸酐。 3. 尿液檢查：蛋白質。【採定性方式即可】 4. 腎絲球過濾率計算。 5. 低密度脂蛋白膽固醇計算。	300
28	IC24	身分別為原住民且55歲以上未滿65歲，每一年補助乙次	第二階段 1. 第一階段之檢驗結果判讀與建議。 2. 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。 3. 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
21+L1001C 限併同申報	IC21	民國55年以後(含55年)出生且滿45歲，終身補助乙次	第一階段 1. 受檢者應先填寫「成人預防保健『健康加值』方案服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱症檢測。 2. 生化檢查：血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、GOT、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。】 3. 尿液檢查：蛋白質。 4. 腎絲球過濾率計算。 5. 低密度脂蛋白膽固醇計算。	500
23	IC21	民國55年以後(含55年)出生且滿45歲，終身補助乙次	第二階段 1. 第一階段之檢驗結果判讀與建議。 2. 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。 3. 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
25+L1001C 限併同申報	IC23	民國55年以後(含55年)出生且滿45歲之罹患小兒麻痺者，終身補助乙次	第一階段 1. 受檢者應先填寫「成人預防保健『健康加值』方案服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱症檢測。 2. 生化檢查：血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、GOT、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。】 3. 尿液檢查：蛋白質。【採定性方式即可】 4. 腎絲球過濾率計算。 5. 低密度脂蛋白膽固醇計算。	500

代碼	就醫序號	給付時程	服務項目	補助金額
26	IC23		第二階段 1. 第一階段之檢驗結果判讀與建議。 2. 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。 3. 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220

※ 修改成人預防保健服務代碼(21-28)之服務項目，自100年8月1日開始實施。

※ 新增民國55年以後(含55年)出生且滿45歲，終身補助乙次B、C型肝炎篩檢之第一階段服務代碼21+L1001C及25+L1001C(罹患小兒麻痺者)，並自100年8月1日開始實施。

備註：

- 視力包括左、右眼裸眼及左、右眼矯正視力。
- 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、建築及設備等雜項支出)，申報費用時應檢附檢查結果電子資料檔。
- 55~64歲之原住民須出示戶口名簿，提供醫事服務機構驗證；醫事服務機構驗證後須於病歷上登載「原住民」身份別備查。
- 有關年齡條件篩檢間隔條件及兩階段間隔條件等之定義如下：
 - 醫令代碼 21、23： $40 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 64$
 - 醫令代碼 21： $\text{當次就醫年} - \text{前次就醫年} \geq 3$
 - 醫令代碼 23： $\text{當次就醫年} - \text{前次就醫年} \geq 2$ ；第一階段醫令代碼(21 或 21+L1001C)需符合篩檢條件
 - 醫令代碼 22、24： $\text{就醫年} - \text{出生年} \geq 65$
 - 醫令代碼 24： $\text{就醫年} - \text{出生年} = 65$ 者第一階段醫令代碼(21 或 22)需符合篩檢條件； $\text{就醫年} - \text{出生年} > 65$ 者第一階段醫令代碼(22)需符合篩檢條件
 - 醫令代碼 22： $\text{當次就醫年} - \text{前次就醫年} \geq 1$
 - 醫令代碼 25、26： $\text{就醫年} - \text{出生年} \geq 35$
 - 醫令代碼 25： $\text{當次就醫年} - \text{前次就醫年} \geq 1$
 - 醫令代碼 26：第一階段醫令代碼(25 或 25+L1001C)需符合篩檢條件
 - 醫令代碼 27、28： $55 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 64$
 - 醫令代碼 27： $\text{當次就醫年} - \text{前次就醫年} \geq 1$
 - 醫令代碼 28：第一階段醫令代碼(27) 需符合篩檢條件
 - 醫令代碼 21+L1001C： $\text{出生年} \geq 55$ ，且 $\text{就醫年} - \text{出生年} \geq 45$ ，終身補助一次
 - 醫令代碼 25+L1001C： $\text{出生年} \geq 55$ ，且 $\text{就醫年} - \text{出生年} \geq 45$ ，終身補助一次
 - $0 \leq \text{「23」執行年月} - \text{「21/21+L1001C」執行年月} \leq 6$
 - $0 \leq \text{「24」執行年月} - \text{「22/21」執行年月} \leq 6$ (21:限第一階段就醫年-出生年=64，第二階段就醫年-出生年=65)
 - $0 \leq \text{「26」執行年月} - \text{「25/25+L1001C」執行年月} \leq 6$
 - $0 \leq \text{「28」執行年月} - \text{「27」執行年月} \leq 6$

【附表二】

特約醫事服務機構申請辦理國民健康署成人預防保健

「健康加值」方案，需具備能力試驗證明之說明表

<p>檢驗項目</p>	<p>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)。</p>
<p>能力試驗證明文件出具單位</p>	<p>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。</p>
<p>能力試驗證明文件通過年份</p>	<p>(申請年份 - 文件年份) ≤ 3</p>

【附表三】

**國民健康署成人預防保健「健康加值」方案服務
雙軌作業方式聲明書**

我已經瞭解成人預防保健「健康加值」方案服務雙軌作業方式，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「健康加值」方案服務檢查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，我必須直接至醫事服務機構索取報告並接受第二階段服務。

民眾或家屬簽名：

時間： 年 月

日

國民健康署成人預防保健「健康加值」方案服務檢查單

第一階段日期： 年 月 日

第二階段日期： 年 月 日

- ◎ 如果您年齡為 40 歲以上未滿 65 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 35 歲以上小兒麻痺患者、55 歲以上原住民或 65 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)：_____
- ◎ 如果您是民國 55 年或以後出生且滿 45 歲，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：	30 歲以上婦女每年一次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
●乳房攝影檢查：	45 歲以上至未滿 70 歲之婦女及 40 歲以上至未滿 45 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：	30 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：	50 歲以上至未滿 75 歲者，每二年一次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

- ◎ 成人預防保健服務給付時程為 40 歲以上未滿 65 歲者，每三年補助一次；35 歲以上小兒麻痺患者、55 歲以上原住民或 65 歲以上者，每年補助一次。受檢對象如重複或超次施行者，其費用由受檢對象自行負擔。

- ◎ 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受檢人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	1. 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			
	2. 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			
	3. 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			
	4. 最近兩週，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)			
	5. 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	1. 過去兩週，你是否感覺情緒低落、沮喪或沒有希望？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
	2. 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			

※受檢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 特約醫院、診所通知保險對象檢查結果聯。

第二聯 特約醫院、診所留存聯(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： $18.5 \leq \text{BMI} < 24$ 】 ◎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"/> 齶齒 <input type="checkbox"/> 牙結石或牙周病 <input type="checkbox"/> 其他 頭部 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 $\div 5$) 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： $186 \times (\text{血清肌酸酐})^{-1.154} \times (\text{年齡})^{-0.203}$ 女性： $186 \times (\text{血清肌酸酐})^{-1.154} \times (\text{年齡})^{-0.203} \times 0.742$ 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3項或超過3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"/> 2題皆答「否」 <input type="checkbox"/> 2題任1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) _____	

※受檢對象如為特約醫事檢驗機構逕依本檢查單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：_____

【附表五】

國民健康署【1.5 至 2 歲】兒童預防保健檢查紀錄表

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5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						
特殊記載						
健保卡就醫序號				特約醫事機構代碼		

註：本紀錄表填表方式請參照「兒童預防保健檢查紀錄電子檔申報格式」；並留存乙份於病歷。

*家長同意兒童受檢簽名：_____與兒童關係：_____

(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)

國民健康署【3至7歲】兒童預防保健檢查紀錄表

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				
	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				
		3-4 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. 會單腳站立數秒鐘嗎？				
		<input type="checkbox"/> B3. 會畫圓形嗎？				
		<input type="checkbox"/> B4. 會唸或唱一首完整的兒歌嗎？				
		<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. 會用肢體動作表達嗎？例如：點頭謝謝、揮手再見。				
		<input type="checkbox"/> B9. 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"/> B10. 說話表達正常嗎？例如：不需求再說一遍或由照顧的大人代為說明，就能聽懂。				
		<input type="checkbox"/> B11. 能說出 1 個顏色，並說出 3 個圖形名稱(例如：鞋子、飛機、魚…等)？				
4-7 歲家長紀錄事項「發展狀況」異常題項						
<input type="checkbox"/> C1. 會單腳跳嗎？						
<input type="checkbox"/> C2. 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(4歲半以上)。						
<input type="checkbox"/> C5. 會自己穿衣服並扣上扣子嗎？						
<input type="checkbox"/> C6. 會用肢體動作表達嗎？例如：點頭謝謝、揮手再見。						
<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 4 個顏色，並模仿畫出 3 個圖形(如： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> +)嗎？						
特殊記載						
健保卡就醫序號				特約醫事機構代碼		

註：本紀錄表填表方式請參照「兒童預防保健檢查紀錄電子檔申報格式」；並留存乙份於病歷。

*家長同意兒童受檢簽名：_____與兒童關係：_____

(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)

【附表六】

國民健康署婦女子宮頸抹片檢查表

- *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(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
 *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②1-2年內
 ③2-3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. 是否曾接種子宮頸癌疫苗：①是，民國_____年
 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)

16. 病歷號：_____
- *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)：_____
- 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)
- *20. 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
21. 臨床所見：_____
- 第一聯：病理醫療機構留存聯

三之二、抹片資料(病理醫療機構填寫)

- *22. 抹片細胞病理編號：_____
- *23. 抹片判讀機構：名稱 _____
 (代碼10碼) _____
- *24. 抹片收到日期：民國_____年_____月_____日
- *25. 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)

- *26. 閱片方式：①人工②機械③人工+機械④其他
- *27. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
- *28. 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 _____
- *29. 可能的感染(可多選)①Candida ②Trichomonas
 ③Herpes ④Shift in flora (bacterial vaginosis)
 ⑤Actinomyces ⑥Others _____
- *30. 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

_____ ⑰

- OTHER _____ ⑱
 Dysplasia cannot exclude HSIL _____ ⑲

31. 子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是②否

32. 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

(106年4月修訂)

國民健康署婦女子宮頸抹片檢查表

- *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(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
 *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 ②1-2年內
 ③2-3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. 是否曾接種子宮頸癌疫苗：①是，民國_____年
 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)

16. 病歷號：_____
- *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)：_____
- 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)
- *20. 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

21. 臨床所見：_____

三之二、抹片資料(病理醫療機構填寫)

- *22. 抹片細胞病理編號：_____
- *23. 抹片判讀機構：名稱 _____
 (代碼10碼) _____
- *24. 抹片收到日期：民國_____年_____月_____日
- *25. 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)

- *26. 閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他
- *27. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
- *28. 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 _____
- *29. 可能的感染(可多選)①Candida ②Trichomonas
 ③Herpes ④Shift in flora (bacterial vaginosis)
 ⑤Actinomyces ⑥Others _____
- *30. 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
- _____ ⑰
- OTHER _____ ⑱
- Dysplasia cannot exclude HSIL _____ ⑲

31. 子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是 ②否

32. 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

_____ □□

*為必填之項目

*請輸入填診日期
 (106年4月修訂)

國民健康署婦女子宮頸抹片檢查表

- *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(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)

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②1-2年內
 ③2-3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. 是否曾接種子宮頸癌疫苗：①是，民國____年
 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)

16. 病歷號：_____
- *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)：_____
- 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)
- *20. 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

21. 臨床所見：_____

三之二、抹片資料(病理醫療機構填寫)

- *22. 抹片細胞病理編號：_____
- *23. 抹片判讀機構：名稱_____ (代碼10碼)_____
- *24. 抹片收到日期：民國____年____月____日
- *25. 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)
- *26. 閱片方式：①人工②機械③人工+機械④其他
- *27. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
- *28. 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_____
- *29. 可能的感染(可多選)①Candida ②Trichomonas
 ③Herpes ④Shift in flora (bacterial vaginosis)
 ⑤Actinomyces ⑥Others_____
- *30. 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

31. 子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是②否

32. 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

(106年4月修訂)

第三聯：病理醫療機構回報衛生所聯

國民健康署子宮頸 (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..... ____/____/____ (YYYY/MM/DD)
3. 身份證統一編號或統一證號(外籍)：_____..... ____
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... ____/____/____ (YYYY/MM/DD)
8. 切片報告日期：西元____年____月____日... ____/____/____ (YYYY/MM/DD)
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：..... ____
 - 01□ 子宮頸
 - 02□ 陰道(備註：子宮頸全切除者申報陰道切片)
 - 03□ 子宮內膜 (備註：子宮內膜切片結果為 06, 08, 09, 10, 12 等異常結果者須申報)
12. 手術方式：..... ____
 - 01□ 全切除例如：ATH, VTH, LAVH, radical hysterectomy, trachelectomy, vaginectomy 等
 - 02□ 圓錐切片例如：leep, conization, wedge resection 等
 - 03□ 小切片例如：punch, cervical polypectomy, biopsy 等
 - 04□ 子宮頸管搔刮術 (Endocervical curettage, ECC)
 - 05□ 子宮內膜搔刮術 (Dilatation and curettage, D&C)
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; CIN 1; LSIL)
 - 03□ Moderate dysplasia (CIN 2; HSIL)
 - 04□ Severe dysplasia (Carcinoma in situ; CIN 3, HSIL)
 - 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 determined
 - 88□ Inadequate specimen
 - 99□ Others : _____

國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查表



支付方式：預防保健；健保醫療給付；其他公務預算補助；自費健康檢查；其他。乳房攝影車節檢：否；是(車號_____；所屬單位院所名稱_____機構代碼_____)。

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="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>血緣關係</td> <td>母親</td> <td>姊妹</td> <td>女兒</td> <td>祖母</td> <td>外祖母</td> </tr> <tr> <td>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="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </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	※ Category 0, 3, 4, 5 需加填「乳房 X 光攝影檢查異常個案報告表」。 <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(如:六個月) (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					

國民健康署定量免疫法糞便潛血檢查表

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自費健康檢查；⑤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、便血或黃便帶血等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-JACK₂)。

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乙狀結腸鏡加大腸鏡劑攝影，③乙狀結腸鏡，④大腸鏡劑攝影，⑤其他_____。

5. 診斷：①正常，②痔瘡，③潰瘍性大腸炎，④息肉，⑤大腸癌，⑥其他_____。

*如有息肉，息肉有無切除：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」，或「乙狀結腸鏡加大腸鏡劑攝影」。

(105年4月修訂)

國民健康署定量免疫法糞便潛血檢查表

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自費健康檢查；⑤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、便血或黃便帶血等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-IACK)，③其他_____，④Kyowa (HM-IACK_{max})。

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乙狀結腸鏡加大腸鏡劑攝影，③乙狀結腸鏡，④大腸鏡劑攝影，⑤其他_____。
5. 診斷：①正常，②痔瘡，③潰瘍性大腸炎，④息肉，⑤大腸癌，⑥其他_____。
*如有息肉，息肉有無切除：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」，或「乙狀結腸鏡加大腸鏡劑攝影」。

注意事項：【本檢查經費由衛生福利部國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應】

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；②健保醫療給付；③其他公務預算補助；④自費健康檢查；⑤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。

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)

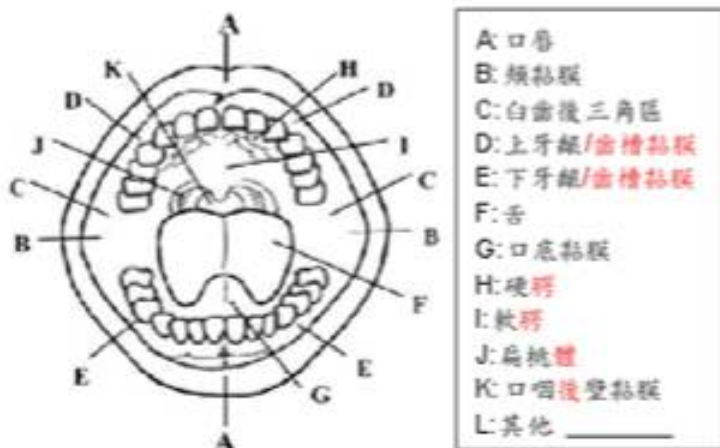
口腔黏膜檢查情形 (初檢醫師填寫)

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；或同時出現兩種(含)以上原因，請將轉介原因代碼標示於口腔黏膜初檢異常部位標示圖並勾選編碼較小者)
①疑似口腔癌；②紅斑；③紅白斑；④非均質性白斑；⑤均質性厚白斑；⑥均質性薄白斑；
⑦口腔內外不明原因之持續性腫塊；⑧疣狀增生；
⑨口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)；⑩約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛；
⑪扁平苔癬；⑫口腔黏膜不正常，但診斷未明；
⑬其他：_____。

口腔黏膜初檢異常部位標示圖



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：_____

個案確診結果 (由複檢醫療院所詢問個案後填寫)

- 1.前項檢查陽性個案於檢查後兩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②③④⑤)：

- ②疑似口腔癌；
③紅斑；
④紅白斑；
⑤白斑；
⑥非均質性白斑；
⑦均質性厚白斑；
⑧均質性薄白斑；
⑨疣狀增生；
⑩口腔黏膜下纖維化症；
⑪扁平苔癬；
⑫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_____。

國民健康署口腔黏膜檢查表

107年7月修訂

第二聯：存確診及治療醫院

注意事項：【本檢查經費由衛生福利部國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應】

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；②健保醫療給付；③其他公務預算補助；④自費健康檢查；⑤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。

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

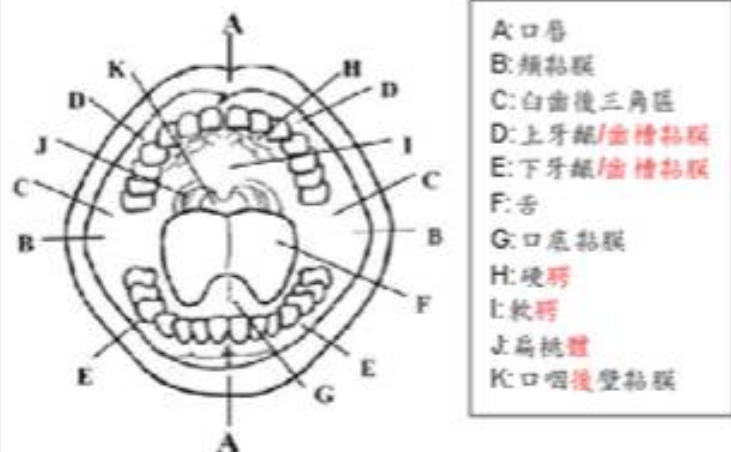
 (初檢醫師填寫)

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；或同時出現兩種(含)以上原因，請將轉介原因代碼標示於口腔黏膜初檢異常部位標示圖並勾選編碼較小者）
①疑似口腔癌；②紅斑；③紅白斑；④非均質性白斑；⑤均質性厚白斑；⑥均質性薄白斑；
⑦口腔內外不明原因之持續性腫塊；⑧疣狀增生；
⑨口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)；⑩約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛；
⑪扁平苔癬；⑫口腔黏膜不正常，但診斷未明；
⑬其他：_____。

口腔黏膜初檢異常部位標示圖



- A: 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: 硬顎
- I: 軟顎
- J: 扁桃體
- K: 口咽後壁黏膜

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：_____

個案確診結果

 (由複檢醫療院所詢問個案後填寫)

- 1.前項檢查陽性個案於檢查後兩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②③④⑤)：

- ②疑似口腔癌；
③紅斑；
④紅白斑；
⑤白斑；
⑥非均質性白斑；
⑦均質性厚白斑；
⑧均質性薄白斑；
⑨疣狀增生；
⑩口腔黏膜下纖維化症；
⑪扁平苔癬；
⑫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_____。

【附表九之一】

國民健康署 18 歲以上至未滿 30 歲具原住民身分且有嚼(戒)檳榔行為之口腔黏膜檢查聲明書

【本檢查經費由國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應】

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。

國民健康署 40 歲以上至未滿 45 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。

【附表十一】

國民健康署兒童預防保健檢查紀錄電子檔申報格式

(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)	1：1.5-2 歲兒童預防保健檢查紀錄； 2：3-7 歲兒童預防保健檢查紀錄。
2	就醫日期	9(7)	前三碼為民國年（右靠不足補 0），中二碼為月份，後二碼為日數（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，請參考註 1。
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，請參考註 2。
5	出生日期	X(7)	前三碼為民國年（右靠不足補 0），中二碼為月份，後二碼為日數。
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(4)v9	單位：公分，取至小數點下一位，第二位四捨五入，四位整數，一位小數右靠，小數點不需表示，右靠不足補 0。
8	體重	9(3)v9	單位：公斤，取至小數點下一位，第二位四捨五入，三位整數，一位小數右靠，小數點不需表示，右靠不足補 0。
9	頭圍	9(3)v9	單位：公分，取至小數點下一位，第二位四捨五入，三位整數，一位小數右靠，小數點不需表示，右靠不足補 0。 【1.5-2 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。 請參見註 3。
11	需注意或異常項目-生長評估	X(1)	0：無；1：有。請參見註 4。
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。 請參見註 4。

項次	資料名稱	格式	資料說明
13	需注意或異常項目-身體檢查	X(1)	0：無；1：有。請參見註4。
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。 請參見註4。
15	需注意或異常項目-發展評估	X(1)	0：無；1：有。請參見註4。
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。 請參見註4。
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15-2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。請參見註5。
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。

項次	資料名稱	格式	資料說明
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	【1.5-2 歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-動作	X(1)	0：無；1：有。請參見註6。
38	發展異常題項 (題項 A1)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
39	發展異常題項 (題項 A2)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
40	【1.5-2 歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-語言	X(1)	0：無；1：有。請參見註6。
41	發展異常題項 (題項 A3)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
42	發展異常題項 (題項 A4)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
43	發展異常題項 (題項 A5)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
44	發展異常題項 (題項 A7)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
45	【1.5-2 歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-認知	X(1)	0：無；1：有。請參見註6。
46	發展異常題項 (題項 A4)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
47	發展異常題項 (題項 A9)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
48	【1.5-2 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。請參見註6。
49	發展異常題項 (題項 A6)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
50	發展異常題項 (題項 A8)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
51	【1.5-2 歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-其他	X(1)	0：無；1：有。
52	【3-7 歲之 3-4 歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-動作	X(1)	0：無；1：有。請參見註6。
53	發展異常題項 (題項 B1)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
54	發展異常題項 (題項 B2)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
55	發展異常題項 (題項 B3)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
56	發展異常題項 (題項 B7)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
57	【3-7 歲之 3-4 歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-語言	X(1)	0：無；1：有。請參見註6。
58	發展異常題項 (題項 B5)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
59	發展異常題項 (題項 B8)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
60	發展異常題項 (題項 B9)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
61	發展異常題項 (題項 B10)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
62	發展異常題項 (題項 B11)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
63	【3-7 歲之 3-4 歲兒童】	X(1)	0：無；1：有。請參見註6。

項次	資料名稱	格式	資料說明
	發展狀況需注意或異常項目-認知		
64	發展異常題項 (題項 B4)	X(1)	0:無;1:有【3-7歲之3-4歲兒童測量】
65	發展異常題項 (題項 B11)	X(1)	0:無;1:有【3-7歲之3-4歲兒童測量】
66	【3-7歲之3-4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。請參見註6。
67	發展異常題項 (題項 B6)	X(1)	0:無;1:有【3-7歲之3-4歲兒童測量】
68	【3-7歲之3-4歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-其他	X(1)	0:無;1:有。請參見註6。
69	【3-7歲之4-7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-動作	X(1)	0:無;1:有。請參見註6。
70	發展異常題項 (題項 C1)	X(1)	0:無;1:有【3-7歲之4-7歲兒童測量】
71	發展異常題項 (題項 C2)	X(1)	0:無;1:有【3-7歲之4-7歲兒童測量】
72	發展異常題項 (題項 C3)	X(1)	0:無;1:有【3-7歲之4-7歲兒童測量】
73	發展異常題項 (題項 C5)	X(1)	0:無;1:有【3-7歲之4-7歲兒童測量】
74	發展異常題項 (題項 C9)	X(1)	0:無;1:有【3-7歲之4-7歲兒童測量】
75	【3-7歲之4-7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-語言	X(1)	0:無;1:有。請參見註6。
76	發展異常題項 (題項 C6)	X(1)	0:無;1:有【3-7歲之4-7歲兒童測量】
77	發展異常題項 (題項 C7)	X(1)	0:無;1:有【3-7歲之4-7歲兒童測量】
78	發展異常題項 (題項 C8)	X(1)	0:無;1:有【3-7歲之4-7歲兒童測量】
79	發展異常題項 (題項 C9)	X(1)	0:無;1:有【3-7歲之4-7歲兒童測量】
80	【3-7歲之4-7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-認知	X(1)	0:無;1:有。請參見註6。
81	發展異常題項 (題項 C9)	X(1)	0:無;1:有【3-7歲之4-7歲兒童測量】
82	【3-7歲之4-7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。請參見註6。
83	發展異常題項 (題項 C4)	X(1)	0:無;1:有【3-7歲之4-7歲兒童測量】
84	【3-7歲之4-7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-其他	X(1)	0:無;1:有。請參見註6。
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,請參考註7。
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。

項次	資料名稱	格式	資料說明
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)。

註1：性別檢查原則：

請醫事服務機構參考中央健康保險署之「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。

註2：身分證統一編號檢查原則：

請醫事服務機構參考中央健康保險署「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。

註3：「健康評估」欄位

1. 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。
2. 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。

註4：「建議處置」欄位(限填寫「需注意或異常項目」者填報)

1. 填寫「建議定期追蹤」者，無須填寫「需注意或異常項目」。
2. 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：
 - 2-1 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1.5-2歲兒童)，若有多項需注意或異常項目，請同時填報。
 - 2-2 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。
 - 2-3 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。

註5：「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)。

註6：「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)

1. 「1.5歲至2歲兒童預防保健檢查紀錄表」(適用年齡為18<=檢查年月-出生年月<=24者)
 - 1-1 「發展狀況需注意或異常項目」為「動作」者，請填寫異常題項：A1或A2。
 - 1-2 「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。
 - 1-3 「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。
 - 1-4 「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。
2. 「3歲至7歲兒童預防保健檢查紀錄表」
 - 2-1 年齡3-4歲者(適用年齡為36<=檢查年月-出生年月<=48者)
 - 2-1-1 「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。

2-1-2 「發展狀況需注意或異常項目」為「語言」者，請填寫異常題項：B5、B8、B9、B10 或 B11。

2-1-3 「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者，請填寫異常題項：B4 或 B11。

2-1-4 「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。

2-2 年齡 47 歲者（適用年齡為 48<檢查年月-出生年月≤96 者）

2-2-1 「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。

2-2-2 「發展狀況需注意或異常項目」為「語言」者，請填寫異常題項：C6、C7、C8 或 C9。

2-2-3 「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者，請填寫異常題項：C9。

2-2-4 「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。

註 7：第五次或第七次兒童預防保健服務就醫序號填報方式：

IC16.第五次(一歲半至二歲) IC19.第七次(三歲至未滿七歲)

IC76.第五次(一歲半至二歲) IC79.第七次(三歲至未滿七歲)

【IC16、IC19 限非基層醫療院所（醫院）申報，IC76、IC79 限基層醫療院所（診所）申報】。

註 8：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。

【附表十二】國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查異常個案報告表

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: _____						

國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查陽性個案追蹤表

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：□□□□ 縣市鄉鎮區 村里路街段巷弄號樓		
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(如六個月) <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)			
乳房 X 光攝影檢查結果為(Category 0、3)之複檢結果(複檢醫院填寫)			
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—須短期追蹤檢查(如六個月)。 <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(確診及治療醫院填寫)			
確診及治療醫院名稱		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"/> 鉤針定位； <input type="checkbox"/> 立體定位穿刺； <input type="checkbox"/> 手術切片檢查 <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 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(如六個月)。		
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：____。		
<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)	____ x ____ x ____ 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 治療日期：____年____月____日		<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。			

國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查陽性個案追蹤表

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；		聯絡資訊	電話：(____) _____					
	年齡：____歲			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(如:六個月)		<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)

乳房 X 光攝影檢查結果為(Category 0、3)之複檢結果(複檢醫院填寫)									
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-須短期追蹤檢查(如:六個月)。 <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。						

乳房陽性個案為(4)、(5)及複檢後結果為(4)、(5)之確診檢查結果(確診及治療醫院填寫)

確診及治療醫院名稱			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"/> 鉤針定位； <input type="checkbox"/> 立體定位穿刺； <input type="checkbox"/> 手術切片檢查 <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	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(如:六個月)。							
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：_____。								
<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)			<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)			_____ x _____ x _____ cm _____ / _____ (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 治療日期：____年____月____日		<input type="checkbox"/> 未治療						

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。

【附表十四】

國民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 14-1】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 14-2】或【表 14-3】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。

14-1 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		

14-2 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	YYMMDD 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)。

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
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	YYMMDD, 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14-1.醫事機構代碼相同
19	檢驗日期	文字	7	V	YYMMDD, 例如99年2月1日鍵入0990201 檢驗室檢驗日期
20	檢驗結果	文字	1	V	0: 陰性; 1: 陽性。
21	檢驗結果數值	文字	4	V	若值為純數字時請勿使用小數點及負數, 數值範圍限0-9999。 若值有大於>或小於<, 請將 ><符號置於第一位, 如 >800
22	定量試劑商品名稱	文字	1	V	0: 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		

14-3 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 14-2 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 14-2 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 14-2 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 14-2 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 14-3 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 14-3 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 14-3 之序號 7：陽性個案三個月內後續確診為「1：有」時，此欄為必填
13	檢查方法-其他敘述	文字	40	△	（檢查方法選「9：其他」時，此欄為必填）
14	診斷結果	文字	1	△	0：正常； 1：痔瘡； 2：潰瘍性大腸炎； 3：癌肉；

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
					4: 大腸癌; 9: 其他。 若 14-3 之序號 7: 陽性個案三個月內後續確診為「1: 有」時, 此欄為必填 診斷結果若有 2 個以上之時, 填寫順序依序為 4 大腸癌>3 癌肉>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	如有癌肉, 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: 癌肉」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		

14.4 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	YYMMDD, 例如 99 年 2 月 1 日請鍵入 0990201 (與 14-2 之序號 17 相同)
每筆資料總長度			27		

Txt 檔產出規則

- 檢查結果資料: 每筆資料均為固定長度, 共 23 個欄位/190 byte, 均採向左靠齊, 不足以空白填補。
- 確診追蹤資料: 每筆資料均為固定長度, 共 19 個欄位/259 byte, 均採向左靠齊, 不足以空白填補。
- 產生 txt 的命名規則為: ColonA 檢驗單位健保代碼_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。

【附表十五】

國民健康署口腔黏膜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 15-1】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 15-2】或【表 15-3】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。

15-1 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		

15-2 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藉統一證號，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。

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
					(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, 民眾看診日期
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

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
					E：下牙齦/齒槽黏膜 F：舌 G：口底黏膜 H：硬顎 I：軟顎 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		

15-3 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	YYMMDD·例如 38 年 2 月 1 日鍵入 0380201
3	身份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 15-2 的序號 18 檢查醫療院所代碼相同。
5	門診日期	文字	7	V	YYMMDD·例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201 與 15-2 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	陽性個案兩個月內後續確診	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	△	YYMMDD·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；

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
					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		

15-4 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	身份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		

15-5 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	身份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15-4,15-5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

1. 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。
2. 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。
3. 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一

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。

【附表十六】

國民健康署成人預防保健「健康加值」方案服務檢查結果 資料電子檔申報格式

序號	欄位名稱	屬性	長度	備註
1	身分證統一編號	Character	10	
2	性別	Character	1	1：男；2：女
3	出生日期	Date	7	YYMMDD
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	
7	委託代檢醫事檢驗機構代號	Character	10	
8	第一階段檢查日期	Date	7	YYMMDD
9	第二階段檢查日期	Date	7	YYMMDD
10	檢查結果上傳日期	Date	7	YYMMDD
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
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(mm Hg)
27	舒張壓	Numeric	3	xxx(mm Hg)
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：++++

序號	欄位名稱	屬性	長度	備註
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	xx x(mg/dl)
39	腎絲球過濾率(eGFR)計算	Numeric	5	xxxx(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	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	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	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	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	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	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	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	1:陰性; 2:陽性,建議進一步檢查
58	憂鬱檢測	Character	1	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	