

臺中市政府衛生局 函

地址：420206臺中市豐原區中興路136號
承辦人：技士 陳冠蘭
電話：04-2526539分機3342
電子信箱：janchi0508@taichung.gov.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國113年1月29日
發文字號：中市衛保字第11300130001號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨及說明段 (387140000I_11300130001_ATTACH1.pdf、
387140000I_11300130001_ATTACH2.pdf、387140000I_11300130001_ATTACH3.
pdf、387140000I_11300130001_ATTACH4.pdf)

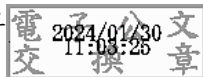
主旨：檢送本局徵求辦理「113臺中市學齡前整合式兒童健康檢查計畫」之合約醫療院所公告1份，請惠予協助轉知貴會會員踴躍申請，請查照。

說明：

- 一、依據本局113年1月24日中市衛保字第1130006489號公告辦理。
- 二、旨揭公告徵求收件截止日(113年2月20日)前，將公告說明相關資料以免備文方式寄送本局保健科辦理(以送達日為主，信封上請註明聯絡人、連絡電話及學齡前整合式兒童健康檢查申請)。
- 三、檢附本計畫需求說明書及契約書供參。

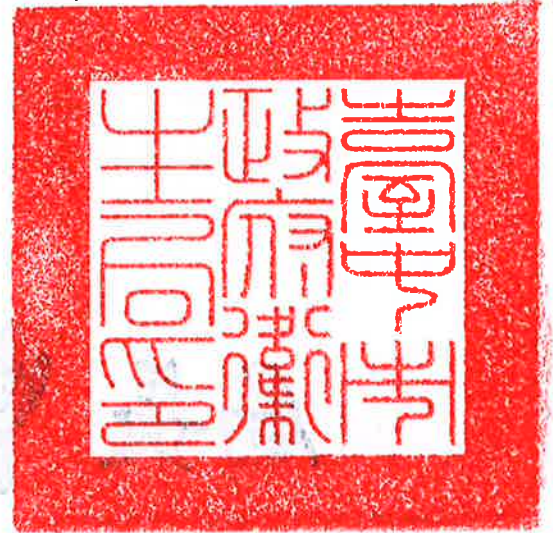
正本：社團法人臺中市醫師公會、社團法人臺中市大臺中醫師公會、臺中市診所協會、
臺中市大臺中診所協會、臺中市台中都診所協會

副本：本局保健科



臺中市政府衛生局 公告

發文日期：中華民國113年1月29日
發文字號：中市衛保字第1130013000號
附件：



主旨：公告徵求113年「臺中市學齡前整合式兒童健康檢查計畫」合約醫療院所，收件截止日期為113年2月20日，請符合資格之醫療院所踴躍申請。

依據：優生保健法第7條、行政程序法第135條及138條、醫事服務機構辦理預防保健注意事項。

公告事項：

- 一、合約醫療院所資格、服務項目內容及基本需求應配合事項，請詳參113年臺中市學齡前整合式兒童健康檢查計畫書。
- 二、執行期程：自合約簽訂日起至113年12月31日。契約期間內，一方得於一個月前，以書面敘明理由，通知他方終止契約；他方如有異議，應於收受通知日起一個月內提出申復；逾期未提出，視為同意。
- 三、補助金額：兒童健康檢查每案補助新臺幣(以下同)400元；健康檢查報告紀錄登打及健康檢查異常個案之追蹤管理，每案補助100元；合計每案補助500元。
- 四、有意願參與合約之本市醫療院所，請於113年2月20日前(以送達日為主)免備文將申請書(1式3份)及契約書正本(1式3份)用印後寄達本局，經本局審核後，始得辦理締約事宜。
- 五、相關表單(申請書、契約書)，請逕至本局首頁/醫療院所交流平台/保健科下載。

六、收件方式及地點：臺中市政府衛生局-保健科健管股-陳小姐收(地址：420206臺中市豐原區中興路136號)。

七、旨揭計畫徵求內容如有任何疑問，請於收件截止日前，逕洽本局保健科陳小姐(04-25265394分機3342)。

局長 曾粹展

臺中市政府衛生局

113 年臺中市學齡前整合式兒童健康檢查計畫

- 壹、目的：為提升本市兒童健康促進並增進生活品質，維護兒童身心健康，結合醫療團隊專業服務入園提供學齡前兒童、視力、口腔、發展篩檢等全身健康檢查及牙齒塗氟服務，以進一步發現本市兒童之健康問題，落實早期發現早期治療之健康促進目標，增進家庭福祉。
- 貳、辦理期程：自合約簽訂日起至 113 年 12 月 31 日止。
- 參、健康檢查服務地點：本市公私立幼兒園
- 肆、甄選對象資格
- 一、本市具有執行兒童預防保健資格之健保特約醫療院所。
 - 二、實際負責健康檢查作業之醫師，應符合衛生福利部「醫事機構辦理預防保健服務注意事項」兒童預防保健服務之執行人員資格(登記執業之小兒科或家庭醫學科專科醫師)。
- 伍、健康檢查對象、服務內容、項目及實施方式
- 一、健康檢查對象：就讀於本市幼兒園兒童，以年齡為 4 歲以上未滿 5 歲者(出生日期為 107 年 9 月 1 日至 108 年 8 月 31 日者)為主要服務對象，每人以接受本局補助 1 次為原則。
 - 二、服務內容：
 - (一)配合入園辦理兒童健康檢查。
 - (二)提供入園健康檢查當日無法受檢者之補檢。
 - (三)健康檢查結果異常個案之追蹤。
 - 三、健康檢查項目
 - (一)理學檢查：體格生長、眼睛、鼻腔咽喉、頭頸、胸部、腹部、脊柱四肢、皮膚等檢查、發展檢核及在家長同意下進行泌尿生殖器檢查。
 - (二)視力檢查：視力、立體感及辨色力。
 - (三)聽力檢查：採家長自評表並由健檢醫師進行複檢及耳鏡檢查。
 - (四)口腔檢查：齶齒檢查及牙齒塗氟(由牙科專科醫師執行)。
 - 四、實施方式
 - (一)檢查人員編制與資格：每組至少須具備小兒科醫師 1 名、護理人員 2 名及行政助理 1 名，並能與合作之牙醫診所前往幼兒園提供服務，牙醫診所進行口腔檢查及塗氟作業，需由牙科醫師執行。醫師及護理人員應為符合醫事人員相關法規登錄之正式醫事人員，且於工作

時間內配戴執業執照，本局得不定期抽查(詳見附件 1 作業流程規劃)。

- (二)檢查工作流量：檢查進行時，應安排幼童依序逐一受檢，隨時保持一出進順序，以保障幼童隱私，不能因時間關係要求學童一同受檢。前揭人員編制係每場次 100 名以下之幼生受檢為原則，若受檢人數增加，則須增加工作團隊組數或檢查場次。
- (三)家長同意書(附件 2)：健檢前由幼兒園提供學齡前整合式兒童健康檢查家長同意書及兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫家長同意書，並依同意受檢名單執行檢查。
- (四)檢查報告單(附件 3)：1 式 4 聯(第 1 聯醫療院所留存，第 2 聯發送家長留存，第 3 聯發送幼兒園留存，第 4 聯繳回衛生局)，需蓋妥機構章，並由執行檢驗之人員及檢查醫師簽章。
- (五)異常個案追蹤管理：針對健檢結果異常幼生，幼兒園提供家長複檢通知單；未依限完成複檢者，健檢診所應追蹤其就診複檢情形，並將複檢及追蹤情形記錄於健康檢查個案清冊暨健康檢查異常個案追蹤紀錄表(附件 4)。
- (六)口腔檢查及塗氟之辦理，依據衛生福利部公告之「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」，須請牙科診所填寫家長回覆單(3 聯，分別由家長、幼兒園及牙科診所留存，如附件 5)，如口腔檢查結果異常者，請園所將口腔檢查複檢與矯治回條(附件 6)交付家長，並收集複檢後之回條交健檢診所進行追蹤。

陸、經費

- 一、健康檢查每案補助新臺幣(以下同)400 元；健康檢查報告紀錄登打上傳及健康檢查異常個案之追蹤管理，每案補助 100 元；合計每案補助 500 元。
- 二、口腔檢查(含塗氟)：依據衛生福利部公告之「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」，對未滿 6 歲兒童，每半年補助一次牙齒塗氟保健之服務，由執行之牙醫診所逕行向中央健康保險署申報。

柒、應配合事項

- 一、參與 113 年臺中市學齡前整合式兒童健康檢查計畫之醫療院所，需能提供預防保健之兒童健康檢查服務，與辦理口腔健康檢查之牙醫診所合作，且與本局簽定委託契約。

二、健康檢查活動前應配合事項：

- (一)合約醫療院所須與責任區衛生所及幼兒園所共同安排檢查期程；事先向幼兒園說明並確認檢查活動需配合事項，包括檢查場地佈置、所須桌椅、動線安排、檢查進行順序、流程、備妥相關紀錄單張等，須特別注意檢查場所之隱密性，以維護兒童隱私。合約醫療院所與幼兒園約定辦理日期後，須報本局登錄。
- (二)合約醫療院所於健檢辦理前，應派員前往受檢園所進行場地勘查，確保健康檢查執行之流程與動線順暢，必要時得偕同責任區衛生所人員。
- (三)檢查前應備妥檢查工具，除使用拋棄式用具外，應確實消毒避免交叉感染。
- (四)檢查醫事人力應於檢查前完成醫事人員相關報備程序，並於檢查當日提供實際參與名單，供本局查核人員核對。
- (五)符合受檢人數少於(含)10人之幼兒園，得與健檢診所協調於健檢診所內執行。

三、健康檢查活動時應配合事項：

- (一)合約醫療院所依合約內容辦理健康檢查項目。
- (二)當日檢查人員應準時出席檢查工作現場，出席時應配戴名牌、備妥支援報備函，並於人數確認暨工作人員簽到單(附件 7)簽名，且由幼兒園簽章確認。
- (三)健康檢查執行人員應確實核對受檢兒童資料、確實填寫檢查報告相關表單後核章，並於健康檢查報告單上加蓋醫療院所戳章。
- (四)合約醫療院所應於健康檢查前一日確認，或配合幼兒園所進行場地佈置。

四、健康檢查活動後應配合事項：

- (一)健康檢查當日因故無法到校接受檢查之幼生，得由幼兒園或衛生所開立補檢通知單(附件 8)，請家長於開立通知單 2 週內，攜帶學齡整合式兒童健康檢查同意書(附件 2)及兒童健康檢查報告暨複檢通知單(附件 3)，帶幼生至合約健檢診所完成補檢。合約醫療院所應能提供補檢兒童健康檢查服務，且不得申報第 7 次兒童預防保健(IC79)費用，補檢當次除掛號費外不可收取任何費用，除非有醫療上需求，需進一步進行矯治，始得另依健保相關規定辦理。
- (二)合約醫療院所於健康檢查活動辦理後，將兒童健康檢查報告單暨複

檢通知單第 2、3 聯交付幼兒園所，並請幼兒園所將第 2 聯及健檢結果異常之複檢通知單轉交兒童家長；第 4 聯繳回衛生局。

(三) 合約醫療院所應於幼兒園健檢執行 1 個月後，向幼兒園取回複檢回覆單回條，追蹤健檢結果異常兒童之複檢情形，如未依複檢通知單接受複檢，需追蹤其未接受複檢之原因，並記錄於健康檢查個案清冊暨健康檢查異常個案追蹤紀錄表；口腔檢查結果為異常者，亦為複檢追蹤對象。

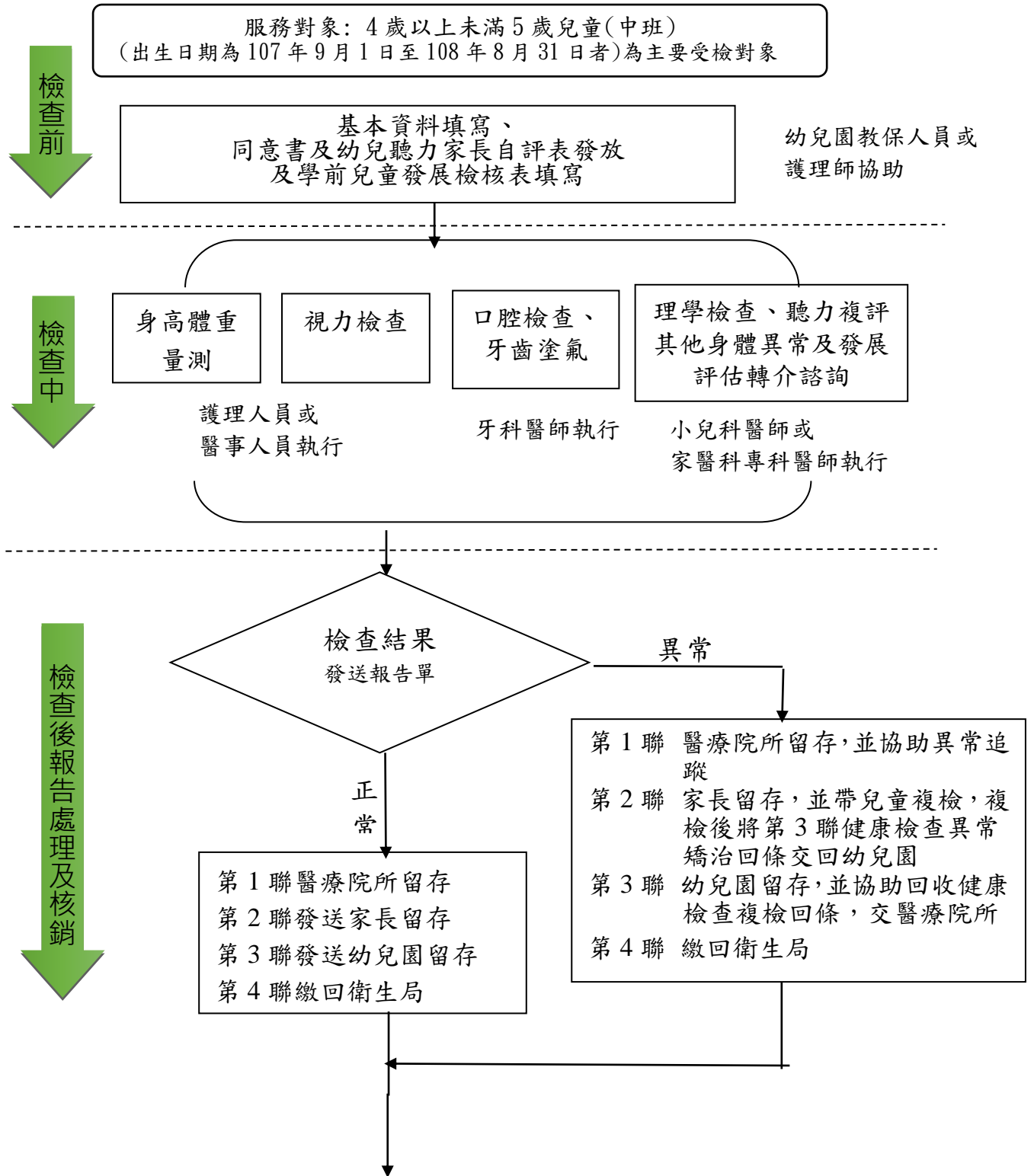
(四) 合約醫療院所須於健檢執行後 2 個月內，檢具下列資料向本局申請服務費用補助，經本局確認無誤後始予付款。未於期限內送交致不及核銷者，應自行負擔個案醫療服務所產生費用；採限額辦理，如經費用罄，則終止本補助計畫之經費申請。

1. 健康檢查個案清冊暨健康檢查異常個案追蹤紀錄表 1 份、兒童健康檢查服務工作人員簽到單正本及收(領)據 1 份，向本局辦理請款手續。
2. 依據個人資料保護法第 6 條之個人資料，蒐集、處理及利用請按個人資料保護法相關規定辦理，健康檢查個案清冊暨健康檢查異常個案追蹤紀錄表 1 份電子檔(加密)寄至本局承辦人員信箱。
3. 健康檢查個案清冊暨健康檢查異常個案追蹤紀錄表應經醫療院所負責人、單位主管、製表人核章。
4. 收(領)據須加蓋醫院關防、醫療院所負責人章(同需求說明書所蓋之印信)，且主辦人員應核章，如有會計人員、出納人員亦應核章。

五、如有未盡事宜，由本局另行補充之。

附件 1

入園兒童健康檢查作業流程規劃



醫療院所執行檢查後應配合下列事項：

1. 健康檢查報告單、健檢異常複檢報告單及家長同意書回條視為病歷依醫療法規定留存。
2. 於健檢執行後 2 個月內，檢附領據、學齡前整合式兒童健康檢查服務工作人員簽到單及健康檢查個案清冊暨健康檢查異常個案追蹤紀錄表向本局辦理經費撥付。

臺中市 113 年學齡前整合式兒童健康檢查服務 通知書暨家長同意書

親愛的家長，您好：

為守護您家寶貝的健康，臺中市政府衛生局將結合專業醫療團隊，透過入園提供就讀中班(出生日期為 107 年 9 月 1 日至 108 年 8 月 31 日者)的學童整合式健康檢查；檢查結果將由寶貝帶回，供家長參考。如您家寶貝的檢查結果有異常，後續將由健檢診所追蹤複檢的情形。

檢查項目：

1. 一般身體健康檢查：身長、體重、眼睛、耳朵、頭頸、胸部、腹部、皮膚、泌尿生殖器檢查等等。
2. 視力篩檢：利用燈箱(6 公尺距離)檢測兩眼視力，透過亂點立體圖及色盲檢測簿檢查立體感與辨色力。
3. 兒童發展評估：請先行填妥兒童發展檢核表(可由家長或教保人員填寫)，以了解您家寶貝的發展情形，醫療團隊將依填寫內容進一步檢核。
4. 聽力篩檢：請家長先行填妥幼兒聽力家長評量表，以了解您家寶貝的聽能狀況，醫療團隊將依填寫內容進一步檢核。

我同意 或 我不同意 由衛生局協助安排醫療團隊到園所為貴子女進行「兒童整合性健康服務」。

我同意 或 我不同意 接受泌尿生殖(男童：疝氣、隱睪檢查，女童：疝氣檢查)等檢查項目

貴子女姓名：_____ 出生年月日：____年____月____日

家長簽章：_____ (簽章) 日期：_____

聯絡人：_____ 連絡電話：_____

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫【家長同意書】

親愛的家長，您好：

齲齒為兒童常見的主要健康問題，兒童的口腔健康狀況不僅會影響咀嚼、發音及美觀，甚至影響未來恆牙的生長、發育，以及兒童日後人格與心理之發展。故實施「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫」，希望能讓兒童獲得早期預防以降低齲齒率。

「氟」就像是牙齒的維他命，正常適量的使用下，不會對人體有任何的傷害。

本活動參加的適用對象為①未滿六歲兒童（半年內無塗氟過）、②未滿十二歲之具福保資格低收入戶兒童、身心障礙兒童、設籍原住民族地區、偏遠及離島地區兒童（三個月內未塗氟過），經家長同意後實施塗氟，在潔牙後由牙醫師將氟均勻塗於學童每一牙面上，塗完後 30 分鐘內，不可以吃東西，以使氟黏附於牙面上，才能發揮防齲作用。

本計畫的進行對於兒童口腔的保健非常重要，需要幼兒園/學校與家長們共同來努力，有意願參加者(採自願報名不強迫參加)，需帶健保卡，不需繳交任何費用，我們期望您能讓貴子弟參與這項有意義的口腔保健計畫，除了適當的使用氟化物來預防蛀牙外，也請家長避免以糖果作為獎勵增強物，並應養成飯後、睡前刷牙的良好口腔衛生習慣，減少甜食的攝取，並定時接受牙醫師的診治，才是真正預防保健之道。

園長(園主任)/校長

敬上 中華民國 年 月 日

請您填寫下列回條，並於__年__月__日前交還給老師，謝謝您的合作！

◎ 學校名稱：_____ ◎ 班級：_____班

◎ 學生姓名：_____ ◎ 性別： 男 女

◎ 出生年月日：_____年_____月_____日

◎ 請勾選：

一、 我同意我的小孩參與「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫」，

於__月__日帶健保 IC 卡到幼兒園

二、 我不同意我的小孩參與「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫」。

1. 由家長自行前往牙醫門診塗氟。

2. 我的小孩已於____年____月____日接受過塗氟服務，預計於____個月後(____年____月____日)，將自行前往牙醫門診塗氟。

3. 其他原因：_____。

*我了解當日若我的小孩經醫師口腔檢查後判定不宜塗氟，或健保 IC 卡經刷卡後發現已於半年/三個月內執行過塗氟或超過適用年齡，則無法提供本項服務。(未滿六歲兒童須半年內未塗氟過；未滿十二歲之具福保資格低收入戶兒童、身心障礙兒童、設籍原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，須三個月內未塗氟過)

家長簽章：_____

年 月 日

113 年臺中市學齡前整合式兒童健康檢查計畫 兒童健康檢查報告暨複檢通知單

壹、基本資料

就讀園所	_____ 幼兒園 _____ 班		班別	<input type="checkbox"/> 中班 <input type="checkbox"/> 混齡班		
幼兒姓名	身分證號	_____	出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
體格生長	身高：_____ 公分 (百分位：_____)	體重：_____ 公斤 (百分位：_____ ; BMI：_____)	是否接受特殊教育資源服務		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
聽力自評表	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 自評表未通過	發展篩檢	初篩結果： <input type="radio"/> 初篩無異狀 <input type="radio"/> 初篩異常(<input type="checkbox"/> 認知發展 <input type="checkbox"/> 語言發展 <input type="checkbox"/> 知覺動作發展 <input type="checkbox"/> 社會情緒發展 <input type="checkbox"/> 感官 <input type="checkbox"/> 其他)			

貳、檢查結果

◆ 健康檢查醫療院所：_____ 口腔檢查醫療院所：_____ 健康檢查日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

檢查項目	檢查結果	建議	檢查人員 簽章
視力檢查	視力 目前是否佩戴眼鏡矯治 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，近視、散光、斜視、其他：_____	<input type="checkbox"/> 無異狀不需轉介 <input type="checkbox"/> 有異狀，建議複檢	
	<input type="checkbox"/> 裸眼視力：右眼：_____ 左眼：_____ <input type="checkbox"/> 無法施測		
	<input type="checkbox"/> 矯正後視力：右眼：_____ 左眼：_____ + <input type="checkbox"/> 無法施測		
辨色力	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 未通過 <input type="checkbox"/> 無法施測		
立體感	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 未通過 <input type="checkbox"/> 無法施測		
一般身體檢查	體格生長	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 肥胖 <input type="checkbox"/> 矮小	<input type="checkbox"/> 無異狀不需轉介 <input type="checkbox"/> 有異狀，建議複檢
	眼睛	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> 睫毛倒插 <input type="checkbox"/> 眼球震顫 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	鼻腔咽喉	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	頭頸	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 淋巴腺腫大 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	胸部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 疑似氣喘 <input type="checkbox"/> 呼吸異常 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	腹部	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 腹部疝氣 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	脊柱四肢	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 多指/併指 <input type="checkbox"/> 關節變形 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> O 型腿或 X 型腿 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	皮膚	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 皮膚炎 <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 濕疹 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
泌尿生殖器	<input type="checkbox"/> 不同意受檢 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 鼠蹊疝氣 <input type="checkbox"/> 隱睾 <input type="checkbox"/> 陰囊腫大 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
聽力	聽力自評表	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 自評表未通過，複評通過 <input type="checkbox"/> 自評表未通過，複評未通過	<input type="checkbox"/> 無異狀不需轉介 <input type="checkbox"/> 有異狀，不需轉介 <input type="checkbox"/> 有異狀，建議複檢
	耳鏡檢查	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 耳膜破損 <input type="checkbox"/> 耳道畸形 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管 <input type="checkbox"/> 中耳積水 <input type="checkbox"/> 疑似中耳炎 <input type="checkbox"/> 耳廓異常 <input type="checkbox"/> 耳垢堵塞影響聽力 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
發展	發展篩檢	初篩結果： <input type="radio"/> 初篩無異狀 <input type="radio"/> 初篩異常(<input type="checkbox"/> 認知發展 <input type="checkbox"/> 語言發展 <input type="checkbox"/> 知覺動作發展 <input type="checkbox"/> 社會情緒發展 <input type="checkbox"/> 感官 <input type="checkbox"/> 其他)	<input type="checkbox"/> 無異狀不需轉介 <input type="checkbox"/> 有異狀，建議複檢 <input type="checkbox"/> 有異狀，已接受特殊教育或治療服務，不須轉介
		複評結果： <input type="radio"/> 通過 <input type="radio"/> 未通過(<input type="checkbox"/> 認知發展 <input type="checkbox"/> 語言發展 <input type="checkbox"/> 知覺動作發展 <input type="checkbox"/> 社會情緒發展 <input type="checkbox"/> 感官 <input type="checkbox"/> 其他)	
醫師總評	<input type="checkbox"/> 無異狀不需轉介 <input type="checkbox"/> 有異狀，已定期追蹤治療中 <input type="checkbox"/> 有異狀，需進一步就診(複選)： <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 小兒科 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> 發展評估 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 其它：_____		醫師簽章：_____

✂ 檢查異常者，請家長帶至合格醫療院所，做進一步的檢查，並將下列複檢回條繳回學校或原檢查醫療院所，謝謝！

113 年臺中市學齡前整合式兒童健康檢查計畫 兒童健康檢查複檢通知單

須就診，建議家長一個月內至醫療院所複檢，並將回條交給老師，以便追蹤貴子弟健康情形，謝謝！

就讀：_____ 幼兒園 _____ 班 姓名：_____

複檢科別	日期	就診院所	複檢醫師核章	就診結果
<input type="checkbox"/> 小兒科				<input type="radio"/> 複檢無異狀或不需治療 <input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 已完成治療 <input type="radio"/> 其他_____
<input type="checkbox"/> 耳鼻喉科				<input type="radio"/> 複檢無異狀或不需治療 <input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 已完成治療 <input type="radio"/> 其他_____
<input type="checkbox"/> 發展評估				<input type="radio"/> 複檢無異狀或不需治療 <input type="radio"/> 已完成治療 <input type="radio"/> 其他_____
<input type="checkbox"/> 眼科				<input type="checkbox"/> 複檢無異狀或不需治療(填此項不得填其他項)(下列可複選)
				<input type="checkbox"/> 弱視： <input type="checkbox"/> 雙眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 矯正視力 0.5 以下 <input type="checkbox"/> 斜視： <input type="checkbox"/> 內斜 <input type="checkbox"/> 外斜 <input type="checkbox"/> 上下斜 <input type="checkbox"/> 其他斜視 <input type="checkbox"/> 單眼斜視 <input type="checkbox"/> 屈光不正：(需散瞳) <input type="checkbox"/> 近視： <input type="checkbox"/> 雙眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 二百度以上 <input type="checkbox"/> 遠視： <input type="checkbox"/> 雙眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 三百度以上 <input type="checkbox"/> 散光(≥75 度)： <input type="checkbox"/> 雙眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> ≥200 度 <input type="checkbox"/> 雙眼不等視(指球面度數或散光度數兩眼相差≥100 度) <input type="checkbox"/> 雙眼不等視≥200 度 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 其它				<input type="radio"/> 複檢無異狀或不需治療 <input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 已完成治療 <input type="radio"/> 其他_____

矯治追蹤建議：
(可複選)
 配鏡治療
 遮眼治療
 藥物治療
 手術治療
 定期追蹤
 其他：_____

※請複檢醫師及院所於就診院所及複檢醫師欄核章※

家長簽章：_____ 日期：_____

第一聯 醫療院所留存

第二聯 衛生局(所)留存
第三聯 家長留存，異常複檢後將複檢通知單回條交回幼兒園

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單

牙醫師已於民國____年____月____日，在____（園所/學校）為貴子弟_____完成塗氟防齲處理

氟漆塗完後注意事項：

1. 牙齒表面會有薄薄一層淡黃色氟漆黏附。
2. 半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。
3. 當天不要刷牙與進食粗糙食物。

貴子弟經牙醫師目視檢查判定

- 無蛀牙，請定期至牙科診所檢查以確保口腔健康
- 有蛀牙，請貴家長帶孩子前往牙科診所作進一步診治

牙醫師_____

第一聯：由學生家長留存

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單

牙醫師已於民國____年____月____日，在____（園所/學校）為貴子弟_____完成塗氟防齲處理

氟漆塗完後注意事項：

1. 牙齒表面會有薄薄一層淡黃色氟漆黏附。
2. 半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。
3. 當天不要刷牙與進食粗糙食物。

貴子弟經牙醫師目視檢查判定

- 無蛀牙，請定期至牙科診所檢查以確保口腔健康
- 有蛀牙，請貴家長帶孩子前往牙科診所作進一步診治

牙醫師_____

第二聯：由幼兒園/學校留存

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單

牙醫師已於民國____年____月____日，在____（園所/學校）為貴子弟_____完成塗氟防齲處理、一般性口腔檢查、衛教指導。氟漆種類如下：

1. Duraphat Dental Suspension— 5% Sodium Fluoride(2.26 % Fluoride) Colgate
2. Standard-Fluor Dental Gel----- (2.4% Fluoride) Denmate
3. Profluorid Varnish----- 5% Sodium Fluoride(2.26 % Fluoride) Voco
4. Clinpro Sodium Fluoride White Varnish(5 % Sodium Fluoride)3M ESPE
5. Flour Protector Ivoclar Vivadent(0.1%Fluoride)
6. "Centrix" Fluorodose 5% Sodium Fluoride Varnish
7. 其他_____

氟漆塗完後注意事項：

1. 牙齒表面會有薄薄一層淡黃色氟漆黏附。
2. 半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。
3. 當天不要刷牙與進食粗糙食物。

貴子弟經牙醫師目視檢查判定

- 無蛀牙，請定期至牙科診所檢查以確保口腔健康
- 有蛀牙，請貴家長帶孩子前往牙科診所作進一步診治

牙醫師_____

第三聯：由醫師帶回診所留存(抽審時隨病歷送審)

口腔檢查複檢與矯治回條

就讀 _____ 幼兒園 _____ 班 幼兒姓名： _____

經牙醫師複檢結果為(請勾選)：

<input type="radio"/> 複檢無異狀	複檢醫療機構： 就診日期：
複檢有異狀	
<input type="checkbox"/> 暫時無需治療	
<input type="checkbox"/> 治療中，須持續回診	
<input type="checkbox"/> 已完成治療	
<input type="checkbox"/> 需另行轉診	
<input type="checkbox"/> 其他	

◎請於 2 週內就診複檢，並將此回條交回學校，謝謝！

家長簽名： _____

**臺中市 113 年學齡前整合式兒童健康檢查
服務工作人員簽到單**

幼兒園名稱					
學校地址					
檢查日期	年	月	日		
預定檢查人數		實際檢查人數			
檢查開始時間		檢查結束時間			
承辦醫療院所：_____ 合作牙醫診所：_____					
健康檢查工作團隊人員簽到單					
職稱	姓名	簽到	職稱	姓名	簽到

1. 健檢醫師共_____人，為：小兒科_____人、牙科_____人、其他_____人

2. 護理人員共_____人

3. 行政助理共_____人

醫療院所核章：

學校核章：

中 華 民 國 1 1 3 年 月 日

備註：

1. 本表正本請承辦醫療院所併同檢查費用請領清冊送衛生局辦理經費撥付，影本由醫療院所、幼兒園及轄管衛生所自行存留。
2. 請落實自主健康管理，若有發燒、咳嗽等呼吸道症狀，請盡速就醫，勿參與健檢。

臺中市 113 年學齡前整合式兒童健康檢查 補檢通知單

親愛的家長您好：

您的子女_____ (身分證號：_____，出生日____年____月____日)

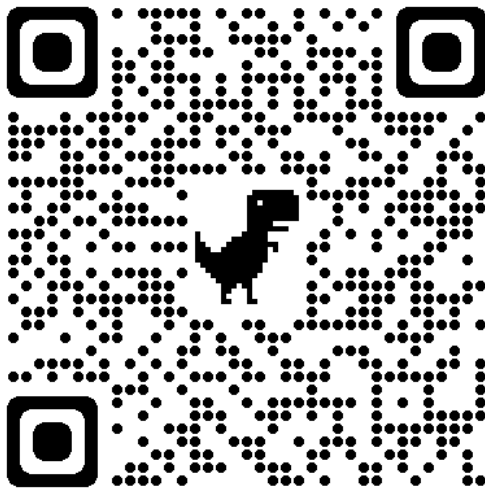
於 113 年____月____日 (星期____) 未完成醫療團隊於_____ 幼兒園

辦理之整合式兒童健康檢查服務，請於

113 年____月____日(星期____)前，至本市合約健檢診所接受補檢。

備註：

1. 請持本單張、健檢同意書及檢查報告單至合約健檢診所完成學齡前整合式兒童健康檢查，需依合約健檢診所規定自付掛號費。
2. 依規定，合約健檢診所不得申報第 7 次兒童預防保健(IC79)。
3. 本市合約健檢診所名單如下：



註：將於簽約後公告於官網

臺中市學齡前整合式兒童健康檢查合約醫療院所申請書

填表日期： 年 月 日

醫療院所名稱：	十碼代碼：			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
醫療院所負責人：				
地址： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> 臺中市 區				
聯絡人：	院所電話：(04)- 分機：			
聯絡人E-mail:				
健檢團隊人員基本資料	<p>◎請詳述入園參與兒童健康檢查之人力配置 如為醫事人員，請填寫醫事人員證書字號</p>			
	姓名	醫事人員類別/職稱	醫事人員證書字號	專任/兼任
<p>◎若持補檢通知單於貴診所接受學齡前整合式兒童健康檢查作業時，是否另收取掛號費用？</p> <p><input type="checkbox"/> 否，不另收取掛號費。</p> <p><input type="checkbox"/> 是，將收取掛號費_____元。</p>				
<p>◎入園配合辦理口腔檢查（含塗氟）之牙醫診所：</p>				

※如幼兒園已有合作辦理口腔檢查（含塗氟）之牙醫診所，則以該園所
之合作牙醫診所為優先。

個人資料蒐集、處理利用同意聲明：申請人同意提供本表所列及之各資料，作為
辦理『113年臺中市學齡前整合式兒童健康檢查計畫』相關業務使用。

此致 臺中市政府衛生局

申請人簽名（章）_____

申請日期：_____

【以下由衛生局填寫】

審核結果：

- 同意為『113年臺中市學齡前整合式兒童健康檢查計畫』合約醫療院所
- 待審核；建議修正意見及補提報資料：
- 不同意；原因：

審核人：

審核日期：

臺中市政府衛生局辦理 臺中市學齡前整合式兒童健康檢查計畫委託契約書

臺中市政府衛生局〈以下簡稱甲方〉特委託_____〈以下簡稱乙方〉辦理臺中市學齡前整合式兒童健康檢查計畫〈以下簡稱本計畫〉，經雙方同意訂立條款如下：

- 一、乙方應向甲方提報相關資料，並經甲方審核通過，始辦理本計畫。
- 二、本契約效期自簽約日〇〇年〇〇月〇〇日起至 113 年 12 月 31 日止。
- 三、乙方應依本計畫及「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」相關規定辦理。
- 四、乙方辦理本計畫時，應本專業技術及倫理，如可歸責於乙方之過失致損害健檢服務對象時，乙方應自負醫療糾紛責任，與甲方無關。
- 五、乙方應配合甲方推動兒童健康促進相關業務；甲方辦理學齡前整合式兒童健康檢查本計畫相關說明會，乙方應參加並遵守甲方相關流程規範。
- 六、甲方對於乙方之執行有督導之權；乙方應盡善良管理人注意義務確實執行兒童健康檢查服務。
- 七、乙方履行本契約所載之檢查，應由執業登錄之護理/醫事/醫技人員執行，甲方得不定期抽查。且依各該醫事人員專門職業法律規定，提供本計畫服務之醫事人員需至醫事系統入口網完成支援報准，始得支援本篩檢服務，未經報備之醫事人員，不得執行。
- 八、乙方辦理本契約委託之服務，如有違反上開事項、違反醫療法或其他法律之情事，甲方得隨時函知合約醫療院所終止契約；如致甲方遭受損害或損失，乙方應對甲方負賠償責任並負相關法律責任。
- 九、乙方履約期間內有以下情形之一，甲方得終止契約，並列為 1 年內不締結合約之參考依據：
 - (一) 有事實足以認定違反全民健康保險法及相關法令，情節重大者。
 - (二) 經中央健康保險署予以停止特約或終止特約者。
 - (三) 以偽造、變造或其他不實之紀錄、資料申請服務費用補助者。
 - (四) 執行本計畫服務內容卻向受檢者額外收費，或向衛生福利部中央健康保險署重複申報費用者。

乙方因前項有溢領或不當領取補助費用者，由甲方追償之，並得由應予

補助之費用中扣抵；涉及刑事責任者移送司法機關辦理。

- 十、乙方如侵害受檢者權益、與受檢者發生醫療糾紛，應自行負責且負法律責任。
- 十一、基於資訊安全，舉凡個人資料，乙方及乙方之受僱人必須遵守個人資料保護法及其施行細則規定等相關法令，對所有資料負完全且永久保密責任，合約醫療院所應自行監督之，落實保密及內控機制；乙方蒐集、處理或利用個人資料者，應於履行本合約範圍、期間內為之，不得複委託他人辦理；違反資訊安全、個人資料保護法等相關規定，並由乙方自負相關法律責任。
- 十二、本契約有效期間內，乙方如有契約所約定範圍之變更(例如：負責人、院所名稱、地址等等)，應於 1 個月以前主動告知甲方，辦理相關事宜。契約期間內，一方得於 1 個月前，以書面敘明理由，通知他方終止契約；他方如有異議，應於收受通知日起 1 個月內提出申復；逾期未提出，視為同意。但已排定時間之受檢園所，乙方應於終止契約以前執行完畢。
- 十三、如因本契約涉訟時，依行政訴訟法定第一審管轄法院。
- 十四、本契約如有未盡事宜，適用行政程序法、相關法令及甲方有關規定；契約內容如生疑義，由甲方依公平合理原則解釋之，如有修正必要，經雙方協商同意後為之，並以書面載明。
- 十五、本契約執行期間內，執行細節得應甲方政策需要在合理範圍內做彈性之調整。
- 十六、本計畫書，為本契約之一部分。
- 十七、本契約未記載之事項依行政程序法及相關法律規定辦理。
- 十八、本契約 1 式 3 份正本(甲方留存 2 份、乙方 1 份)，均於雙方完成簽署後生效。
- 十九、立合約人之簽署請見下頁。

臺中市政府衛生局辦理學齡前整合式兒童健康檢查計畫
委託契約書

立合約人

甲 方：臺中市政府衛生局

代表人：

地 址：420206 臺中市豐原區中興路 136 號

電 話：04-25265394

甲
方
機
關
印
信

乙 方：

醫事機構代碼：

負責人(同健保特約機構負責人)：

(用印)

扣繳單位統一編號：

醫事機構地址：

電 話：

乙
方
機
構
印
信

中 華 民 國 年 月 日