

全民健康保險醫療費用審查注意事項

衛生福利部中央健康保險署編訂

目 錄

總則	4
壹、審查依據及相關規定	4
貳、病歷審查原則	4
第一部 醫院醫療費用審查注意事項	
壹、全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件審查注意事項	8
一、一般原則	8
二、各科審查注意事項	17
(一)家庭醫學科審查注意事項	17
(二)內科審查注意事項	24
(三)外科審查注意事項	49
(四)兒科審查注意事項	63
(五)婦產科審查注意事項	67
(六)骨科審查注意事項	76
(七)泌尿科審查注意事項	80
(八)耳鼻喉科審查注意事項	84
(九)眼科審查注意事項	88
(十)皮膚科審查注意事項	97
(十一)神經內科審查注意事項	102
(十二)神經外科審查注意事項	107
(十三)精神科審查注意事項	110
(十四)復健科審查注意事項	117
(十五)放射線科審查注意事項	120
(十六)病理科審查注意事項	122
(十七)麻醉科審查注意事項	123
貳、全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRG) 案件審查注意事項	125
一、通則	125
二、個別 DRG 審查注意事項	128
MDC2 眼之疾病與疾患審查注意事項	128
MDC5 循環系統之疾病與疾患審查注意事項	130
MDC6 消化系統之疾病與疾患審查注意事項	135
MDC8 骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患審查注意事項	143
MDC12 男性生殖系統之疾病與疾患審查注意事項	151
MDC13 女性生殖系統之疾病與疾患審查注意事項	153

MDC14妊娠、生產與產褥期審查注意事項	160
第二部 西醫基層醫療費用審查注意事項	
壹、一般原則	198
貳、各科審查注意事項	204
一、家庭醫學科審查注意事項	204
二、內科審查注意事項	212
三、外科審查注意事項	225
四、兒科審查注意事項	232
五、婦產科審查注意事項	237
六、骨科審查注意事項	246
七、泌尿科審查注意事項	248
八、耳鼻喉科審查注意事項	252
九、眼科審查注意事項	255
十、皮膚科審查注意事項	264
十一、神經內科審查注意事項	267
十二、神經外科審查注意事項	272
十三、精神科審查注意事項	274
十四、復健科審查注意事項	279
十五、放射線科審查注意事項	283
十六、病理科審查注意事項	284
十七、麻醉科審查注意事項	285
第三部 牙醫醫療費用審查注意事項	316
第四部 中醫醫療費用審查注意事項	328

全民健康保險醫療費用審查注意事項

中央健康保險局100年10月3日健保審字第1000075850號函令
中央健康保險局101年1月6日健保審字第1010074718號函令
中央健康保險局101年4月11日健保審字第1010075126號函令
中央健康保險局101年6月14日健保審字第1010075422號函令
中央健康保險局102年2月7日健保審字第1020034874號函令
衛生福利部中央健康保險署102年7月18日健保審字第1020035689號函令
衛生福利部中央健康保險署102年7月31日健保審字第1020035787號函令

*本書各項規定後加註之日期為該規定最終異動生效日

總則

壹、審查依據及相關規定：

- 一、全民健康保險法及全民健康保險法施行細則。
- 二、全民健康保險醫療辦法及全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法。(102/3/1)
- 三、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準。(102/3/1)
- 四、全民健康保險藥物給付項目及支付標準。(102/3/1)
- 五、刪除(102/3/1)
- 六、全民健康保險特定疾病住院基本要件。
- 七、主管機關藥品許可證及醫療器材許可證。(102/3/1)(102/8/1)
- 八、刪除(102/3/1)
- 九、其他與審查有關之規定事項。

貳、病歷審查原則

- 一、送審之醫療費用案件，檢送相關病歷複製本之審查注意事項如下：

(100/11/1)

- (一)病歷記載內容：

1. 病歷（得以中文或英文記載）書寫應清晰詳實完整。送審之病歷資料，若經兩位審查醫藥專家會審，仍無法辨識者，由醫療院所

事先選擇提供補充說明或逕行核刪。(100/11/1)(102/3/1)

2. 病歷記載內容應依醫師法第12條規定辦理，病歷應有首頁及內容。首頁填寫病患基本資料(病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料)；內容應填寫就診日期、病患主訴、檢查發現、醫師診斷或病名、治療處置或用藥及其他應記載事項。牙科治療部位、軟、硬組織均應載明。(100/11/1)

(二)病歷之增刪修正：

1. 病歷、處方等若有增刪修正時，應依醫療法第六十八條規定辦理。
(100/11/1)

(三)病歷審查處理原則：

1. 因病歷記載因素而核減，應視其內容缺失不同，予以核減除診察費外之缺失相關醫療費用。(100/11/1)

2.

(1)中醫傷科應敘明理筋推拿手法或傷科處置內容，不得僅記載推拿二字，針灸應詳細註明穴位(區、帶、點、線)，如未依規定載明者，應核扣診察費；如針灸或傷科處置不當或異常之案件應核扣處置費。(101/5/1) (102/3/1)

(2)刪除(102/3/1)

(四)送審檢送資料：

1. 以電腦製作病歷時，應將電腦儲存之病歷資料逐日、逐筆列印黏貼於病歷紙上，並由診治醫師簽名或蓋章。如依主管機關公告之「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」規定，以電子病歷送審者，依該規定辦理。(100/11/1)(102/8/1)

2. 『檢送抽審病歷複製本，應與病歷正本相符。如依主管機關公告之「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」規定，以電子病歷送審者，依該規定辦理。』(100/11/1)(102/8/1)
3. 送審應檢送病歷資料期間如下：
 - (1) 醫院總額：
 - 門診：首頁複製本及該案當月之全部病歷複製本。(當月該科有關資料)。(100/11/1)
 - 住診：首頁複製本及當次住院之全部病歷複製本。(100/11/1)
 - (2) 西醫基層總額：首頁複製本及該案當月就診之全部病歷複製本。(100/11/1)
 - (3) 中醫門診總額：首頁複製本及該案當月及前一月份就診之全部病歷複製本，如該案病患前一月未就診，應檢附該案病患前一次病歷複製本。(100/11/1)
 - (4) 牙醫門診總額：首頁複製本應含牙醫門診初診日期(年、月、日)及至少六個月之病歷內容，六個月之內無看診紀錄者，需接續上次看診紀錄，不論半年內是否有就診紀錄，一律附足該筆病歷回推半年前的最後一筆資料；醫院綜合病歷得以任何科別之看診日期戳章接續。如為初診病歷，則不需檢附六個月資料。(100/11/1) (102/3/1)
4. 牙醫門診總額須檢附之相關文件及資料如附件。(100/11/1)
5. 申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料(病歷資料上應有保險人核蓋之章戳)。(100/11/1)(102/8/1)

第二部 西醫基層醫療費用審查注意事項

中央健康保險局84年9月19日健保審字第84016569號函
中央健康保險局85年2月16日健保審字第85001960號函
中央健康保險局86年1月4日健保審字第86000060號函
中央健康保險局87年4月15日健保審字第87007495號函
中央健康保險局89年6月9日健保審字第89015284號函
中央健康保險局91年12月20日健保審字第0910023538號函公告
中央健康保險局93年4月7日健保審字第0930068296號函公告修正
中央健康保險局94年2月25日健保審字第0940068620號函公告修正
中央健康保險局95年1月9日健保審字第0940069098號函令修正
中央健康保險局95年7月7日健保審字第0950068550號函令修正
中央健康保險局95年11月10日健保審字第0950068682號函令修正
中央健康保險局96年3月12日健保審字第0960062072號函令修正
中央健康保險局96年7月5日健保審字第0960062187號函令修正
中央健康保險局96年8月6日健保審字第0960062211號函令修正
中央健康保險局97年4月1日健保審字第0970012154號函令修正
中央健康保險局97年4月16日健保審字第0970012203號函令修正
中央健康保險局98年2月12日健保審字第0980032057號函令修正
中央健康保險局98年6月18日健保審字第0980095034號函令修正
中央健康保險局98年12月14日健保審字第0980095828號函令修正
中央健康保險局99年2月25日健保審字第0990074102號函令修正
中央健康保險局99年5月31日健保審字第0990051357號函令修正
中央健康保險局99年12月6日健保審字第0990082225號函令修正
中央健康保險局100年3月29日健保審字第1000075057號函令修正
中央健康保險局100年10月3日健保審字第1000075850號函令修正
中央健康保險局101年1月6日健保審字第1010074718號函令
中央健康保險局101年4月11日健保審字第1010075126號函令
中央健康保險局101年6月14日健保審字第1010075422號函令
中央健康保險局102年2月7日健保審字第1020034874號函令
衛生福利部中央健康保險署102年7月18日健保審字第1020035689號函令
衛生福利部中央健康保險署102年7月31日健保審字第1020035787號函令
衛生福利部中央健康保險署103年4月28日健保審字第1030035320號函令
衛生福利部中央健康保險署103年7月3日健保審字第1030035693號函令
衛生福利部中央健康保險署103年12月3日健保審字第1030036475號函令
衛生福利部中央健康保險署104年6月26日健保審字第1040035724號函令
衛生福利部中央健康保險署104年11月30日健保審字第1040036706號函令
*本書各項規定後加註之日期為該規定最終異動生效日

壹、一般原則：

一、刪除(101/7/1)

二、刪除(101/7/1)。

三、審查醫藥專家依相關法令規定辦理，並基於醫學原理、病情需要、治療緩急、醫療能力及服務行為進行之。

前項專業審查，審查醫藥專家審查醫療服務案件，如有醫療適當性或品質等疑義，得會同相關專長之其他審查醫藥專家審查，必要時得提審查會議審查。(102/3/1)

四、刪除(101/7/1)

五、審查時應注意因病患年齡、性別不同而影響病情及疾病的分布。

六、審查時若發現醫療院所有申報異常，如疾病分布不正常、用藥浮濫、住院日偏長等，應以書面批註意見通知召集人或行政人員，以便訪查或了解，並將訪查結果通知審查醫藥專家，繼續追蹤管理。

(102/3/1)

七、使用藥品，應依病情變化、藥品核定適應症及全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議決議，若發現醫療院所有嚴重申報異常，應以書面批註意見通知召集人或行政人員，以便訪查或了解。

(102/3/1)

八、同類同抗菌範疇之抗生素若未能都進行藥物敏感性試驗時，得以其中之一種藥物的敏感性試驗結果做為使用其他同類同抗菌範疇藥物合理性之判定參考。

(一) 第一代頭孢子素，包括 cephalothin, cefazolin, cephradine, cephaloridine, cephapirin。

(二) 非 cephamycin 類之第二代孢子素，包括：cefamandole, cefonicid, cefuroxime, cefotiam 等。

(三) Cephamycin 類之第二代頭孢子素，包括 cefoxitin, cefmetazole。

(四) 不具抗 Pseudomonas 活性之第三代頭孢子素，包括：cefotaxime, ceftizoxime, ceftriazone, cefmenoxime 等。

(五) Aminoglycoside 類中之 tobramycin 與 netilmicin。

(六) Fluoroquinolone 類，包括 norfloxacin, ofloxacin, enoxacin, ciprofloxacin 等。

(七) Glycopeptide 類之 vancomycin 與 teicoplanin。

(八) 合併 β -lactamase inhibitor 類之 Augmentin 與 Unasyn。

九、保險對象是否需要住院以及住院天數是否過長，原則上應尊重主治醫師之專業判斷，惟各醫院應於病歷上敘明住院之適當理由，以利審核。

十、(一)刪除(99/7/1)

(二)刪除(101/7/1)

(十一)刪除(97/5/1)

十一、審查時應掌握時效，以維護醫療院所之權益。

十二、審查中有核減時，應註明核減理由。

十三、審查醫藥專家對審查其本人或配偶所服務之醫療院所及其三親等內血親、姻親所設立之醫療院所醫療費用案件，應予迴避。

(102/3/1)

十四、審查有關人員對審查內容或因審查而知悉之公務，應保守秘密，不得洩漏。審查醫藥專家並不得將各類審查案件攜出審查場所。

(102/3/1)

十五、申報手術項目費用時，應檢附手術同意書及麻醉同意書，其內容依中央主管機關規定，未檢附者，不予支付該項費用。

十六、西醫基層醫療費用審查注意事項未明定者，得比照醫院醫療費用審查注意事項之規定。

十七、非屬本保險給付範圍之醫療服務代辦案件，未依規定以代辦案件申報者，整筆核刪不予本保險支付（例如：屬職業災害事故所發生之醫療費用以健保醫療費用申報者不予支付）。(95/7/15)

十八、醫事機構申報重大傷病免部分負擔之醫療費用，非與重大傷病相關之診療者，追扣醫事機構該筆醫療費用部分負擔。(98/3/1)

十九、案件分類為「一般案件」（俗稱簡表）者，經個案專業審查後，

有下列情形者整筆費用核刪：

1. 影響病人安全之處方者。
2. 非必要之連續性就診者。(95/12/1)

二十、刪除(99/1/1)

二十一、(99/4/1)

申報項目	適應症或條件
電腦自動視野儀檢查— Screen (23610C)	高眼壓症(IOP \geq 22mmHg)，疑青光眼患者兩眼眼壓差距大於4 mmHg 或兩眼視神經盤凹陷相差過大者。
內視鏡喉頭異物取出術(54018C)	係指藉內視鏡取出位於喉及下咽部的異物,血塊或分泌物者屬之,病歷上應記載詳實,申報時需附報告,手繪或影像圖片皆可。
血紅素電泳 (08030C)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 小血球性貧血最主要的因素有二： <ol style="list-style-type: none"> (1) 缺鐵性貧血 (2) 地中海型貧血 2. 血紅素$<$6mg/dl，不論原因建議住院。 3. 一般血液檢查屬小血球性貧血時，建議成人血紅素$<$6mg/dl（即是缺鐵性貧血）予以轉診住院治療。 4. 血紅素介於6mg/dl\sim10 mg/dl 之間，有以下情形，且經專業判斷須進行治療者，可執行本項檢查： <ol style="list-style-type: none"> (1) 有疑似地中海型貧血者或有地中海型貧血家族史者。 (2) 必須區別地中海型貧血之類型。 (3) 小血球性貧血補充鐵質後仍未改善者。
β -HCG 絨毛膜促性腺激素-乙亞單位(12022C)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 月經過期，確認是否懷孕(如果驗尿無法確認)。 2. 懷疑與追蹤子宮外孕。 3. 懷疑與追蹤不完全流產或流產進行中。 4. 懷疑妊娠滋養層細胞病變(包括葡萄胎與絨毛膜癌等)。

經尿道（直腸）超音波檢查 （19017C）： （101/7/1）	1. 經直腸超音波檢查：評估攝護腺大小及攝護腺癌可能。 2. 經尿道超音波檢查：評估膀胱腫瘤局部侵犯程度。
--	--

二十二、(100/5/1)

診療項目	增修條文
一、純音聽力檢查 （22001C）	1. 懷疑有病理性誘因導致之聽力變化或障礙時，或耳鳴時，得安排純音聽力檢查，以獲取聽檢數據，釐清病因，或作為進一步轉診之參考數據。 2. 病歷清楚記載主訴或病史符合施行純音聽力檢查之適應症。 3. 需附純音聽力檢查報告圖（包括雙耳骨導、氣導值）。
二、前玻璃體切除術 （86203 C）	1. 水晶體、人工水晶體異位或二度人工水晶體植入手術：附照片。 2. 單純性白內障但合併玻璃體、視網膜相關疾病：附 B 型超音波。 3. 青光眼相關疾病（惡性青光眼）：附相片或相關病歷表。 4. 玻璃體、視網膜相關疾病：附 B 型超音波。
三、甲狀腺原氨酸放射免疫分析 （27001C）	1. 懷疑有 T3 toxicosis 者，得實施甲狀腺原氨酸放射免疫分析。 2. 病歷上應記載懷疑有 T3 toxicosis 之症狀、理學檢查和其他檢查。
四、甲狀腺刺激素免疫分析 （09112C）	1. 根據病患之症狀與理學檢查疑有甲狀腺功能異常者，得實施甲狀腺刺激素免疫分析。 2. 病歷上應記載懷疑有甲狀腺功能異常之症狀與理學檢查。
五、輸卵管外孕手術	1. 證據顯示病人疑似子宮外孕情形即可施行「輸卵管外孕手術」。

診療項目	增修條文
(97017C)	2. 除緊急狀況院所可於病歷說明緊急原因並詳述病人主要症狀外，其餘情況應檢附超音波檢查報告、尿液懷孕試劑或 β -HCG 檢驗結果。

二十三、申報 X 光片者之抽審案件，須附照片或 X 光片原片之原件(或原件的電子圖像檔案)者，其原件(或原件的電子圖像檔案)上需註記患者姓名、攝影日期、攝影時間、病歷號等資料，如並非填寫於原件上、品質不良、不清晰、無法辨識其照片或 X 光之病人真偽者，一律從嚴審查。(104/1/1)

十四、復健科審查注意事項

(一)門診復健治療依病情需要核實申報，且每療程以不超過六次為原則；

至於同一療程之認定，如有疑義則由審查醫藥專家專業認定之。

(102/3/1)

(二)注意申請時每月簡單、中度、複雜治療等各種治療等級之費用件數

有無不正常比率，其比較方式：(97/5/1)

1. 以該醫療院所過去至少三個月(最好一年)之各治療等級治療件數及費用占率參考，有無不正常比率。

2. 與其他基層院所比較，其所列報各治療等級件數及費用占率，有無不正常比率。

(三)物理治療、職能治療、語言治療等各類復健治療，應視病情輕重施

行之，每日各限申報一次，申報時，應附醫師復健處方、實際治療

日期、明確診斷、相關病歷摘要影本及治療記錄。(雖已排定時間

而病患未接受治療，不得申報費用)(100/1/1)

(四)同一治療部位不得重覆使用類別類似的儀器。(如紅外線與熱敷同

時使用)(詳附表十二)(102/3/1)

(五)申報41005C時，第一塊肌肉依支付點數申報，第二塊肌肉以後依支

付點數之一半計算，最多五塊肌肉，其餘不計。

同一病患同一治療部位至多三個月申報一次，且申報時應附治療記錄。

(六)實施41006B等速肌力檢查時，同一病患治療期間，一個月限申報一

次，同一治療期間，至多申報三次，進行兩側性評估時，若兩側皆

有病變時各依支付點數計算，僅一側有病變時，則患側依支付點數

- 計算，另一側依支付點數一半計算，且審查費用需要時應附報告。
- (七)復健治療，使用紅外線及紫外線治療時，不得以51018B 或51019B 申報。(102/3/1)
- (八)僅使用熱敷單項治療應以47039C 申報，不得以「簡單治療--簡單」申報。
- (九)43010C 至43023C 之申報限醫療院所之自製產品方可申報。
- (十)復健醫療審查案件，應每月提供醫療院所復健醫療相關人員、設備、場地大小資料，供審查參考。(格式詳附表十三)
- (十一)複雜治療項目之申報以積極復健期之病患為原則，病歷中應註明發病日期，以作為積極治療期間之佐証。另病人如病情需要，病歷顯示有積極功能性復健空間者，得檢附病歷申報。(97/5/1)
- (十二)肌膜症侯群(myofascialpain)行板機點疼痛注射，其支付原則如下：
1. 每次門診注射以三點為限(三點以上以三點計算)，每週至多注射一次，每一療程以三週為原則，每兩療程間隔至少兩個月，支付點數每點比照39018C(肌腱注射)列報。
 2. 申報此項費用時須檢附病歷影本，並敘明下列項目：
 - 甲. 激痛點注射(Trigger Point Inj)。
 - 乙. 病人曾接受哪些相關的治療方法(如藥物、物理治療等)。
 - 丙. 接受注射之肌肉名稱。
- (十三)病歷記錄過分簡單者，宜從嚴審查；對診斷不明確之處方，或病歷紀錄過分簡單，無法判定治療之必要性時，得不予給付或予以簡單治療項目給付。

(十四)足部糖尿病神經炎併嚴重感覺神經功能障礙者，不宜使用紅外線治療。

(十五)刪除(101/2/1)

(十六)審查案件中，有復健處方者，交由復健科專科會審。

有關「各項物理治療花費工時」(詳附表十四)及「物理治療黃金治療療程」(詳附表十五)，供審查參考。

(十七)全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「42016C 物理治療評估」之定義為：復健專科醫師、或物理治療師依據專業知識及醫師之診斷，運用物理治療評估工具及技巧，執行相關之檢查及測試，瞭解受檢測者身心及功能狀態，從而判定其意義與預後，以擬定或修正治療計畫。申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「42016C 物理治療評估」者，應填具物理治療評估表，保險人「物理治療綜合評估表」(詳附表十六)係做為參考範本，仍須配合病歷等相關資料，審查病情需要、診療結果與治療計畫之合理性。(102/3/1)(102/7/23)

(十八)關節內注射劑之使用，依全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特殊特材給付規定辦理。(101/2/1)(102/3/1)

(十九)針對較不適當之診斷做 X 光片檢查者，嚴加審查。(95/12/1)

(二十)刪除 (104/1/1)

(二十一)對於外傷挫傷引起疑似骨折並申報 X 光片者之抽審案件，應附外傷或是傷口照片及 X 光片一併送審。(95/12/1)

(二十二)凡釋出之復健處方案件，請於病歷上明確記載「復健處方釋出及治療計畫(包含治療適應症、治療項目、治療期間及預期之

成效)」，病患回診時需詳細評估治療後病情變化，抽審時需檢附該病患之病歷影本；物理治療所需配合釋出處方之院所抽審案件，同步檢附復健治療相關紀錄(含治療成效)影本送審。

(97/5/1)

(二十三)申報復健治療時，應附醫師處方、實際治療日期，明確診斷，相關病歷摘要影本及復健治療記錄卡。(雖已排定時間而病患未接受治療，不得申報費用)。(97/5/1)(99/7/1)

(二十四)申報復健物理、職能或語言治療中度(含)以上之案件，或有申報X-光檢查之案件，若當月就診只有一次，請再附最近一次的就診紀錄。(100/1/1)

附表十二

同次治療不可併同申報項目

項目代號	不可併同申報項目 (不論是否相同部位)	不可併同申報 (只限同部位)
PTS2治療性冷／熱敷	全身水療	紅外線、石蠟浴、上肢水療、 下肢水療、紫外線、短波、微波
PTS3紅外線	全身水療	治療性冷／熱敷、石蠟浴、上 肢水療、下肢水療、全身水 療、短波、微波
PTS4石蠟浴	全身水療	治療性冷／熱敷、紅外線
PTS6短波	全身水療	微波、治療性冷／熱敷、紅外 線
PTS7微波	全身水療	短波、紅外線、治療性冷／熱 敷
PTS8向量干擾		經皮神經電刺激、超高頻
PTS9經皮神經電刺激		向量干擾、超高頻
PTS10超高頻		向量干擾、經皮神經電刺激
PTS12紫外線		治療性冷／熱敷
PTM2上肢水療		治療性冷／熱敷、紅外線
PTM3下肢水療		治療性冷／熱敷、紅外線
PTM4全身水療	治療性冷／熱敷、紅外線、石 蠟浴、短波、微波	

註：紅 外 線 均 指 近 紅 外 線

附表十三

醫療院所名稱級別：

區域級以上

地區級申報 填表日期__年__月

基層

醫師	姓名	專科字號	專任	兼任	到職日期	復健治療空間(平方公尺)	
治療人員	姓名	身分證字號	專任	兼任	到職日期	專業執照字號	畢業證書字號
物理治療師							
物理治療生							
職能治療師							
職能治療生							
語言治療師							

附表十四

各項物理治療花費工時

代號	名稱	人工花費		機器操作	
		範圍	平均	範圍	平均
PTS1	牽引	10-15	10	15-30	20
PTS2	治療性冷／熱	5-10	7	15-30	20
PTS3	紅外線	5-15	10	15-30	20
PTS4	石蠟浴	5-15	10	20-30	20
PTS5	超音波	5-15	10	10-15	10
PTS6	短波	5-15	10	20-30	20
PTS7	微波	5-15	10	20-30	20
PTS8	向量干擾	10-15	10	15-30	20
PTS9	經皮神經刺激	10-15	10	20-30	20
PTS10	超高頻	10-15	10	20-30	20
PTS11	低能雷射治療	5-15	10	5-15	10
PTS12	紫外線	10-20	10	10-20	10
PTS13	磁場治療	10-15	10	30-40	30
PTS14	循環治療	10-15	10	20-30	20
PTM1	肌肉電刺激	20-30	20	20-30	20
PTM2	上肢水療	20-30	20	30-50	30
PTM3	下肢水療	20-30	20	30-50	30
PTM4	全身水療	30-45	40	40-90	40
PTM5	被動性關節運	15-30	20	15-30	20
PTM6	牽拉運動	15-30	20	15-30	20
PTM7	運動治療	10-30	20	15-30	20
PTM8	傾斜台訓練	20-40	20	20-40	20
PTM9	肌力訓練	15-30	20	15-30	20
PTM10	耐力訓練	15-30	20	15-30	20
PTM11	按摩	10-20	10	10-20	10
PTM12	鬆動術	15-30	15	--	--

各項物理治療花費工時

代號	名稱	人工花費		機器操作	
		範圍	平均	範圍	平均
PTM13	姿態訓練	15-30	20	--	--
PTC1	促進技術	20-30	20	--	--
PTC2	平衡訓練	20-30	20	--	--
PTC3	義肢訓練	20-30	20	--	--
PTC4	等速肌力訓練	20-30	20	20-30	20
PTC5	心肺功能訓練	20-30	20	--	--
PTC6	行走訓練	20-30	20	--	--
42016C	物理治療評估	20-45	30	--	--

PTC1-PTC6 可能合併實施其他物理治療項目，惟不另計費用。

物理治療黃金治療療程

適應症	黃金治療療程
(一)腦血管意外 cerebrovascular accidents (CVA)	6個月
1. 輕癱	12個月
2. 偏癱	
(二)頸部症候群 cervical syndrome	3個月
(三)下背症候群 low back syndrome	3個月
(四)脊索(髓)傷害 spinal cord injury	6個月
1. 下半身癱	12個月
2. 四肢癱	
(五)截肢 amputation	2個月
1. BK 或 BE	3個月
2. AK 或 AE	
(六)冷凍肩(五十肩) frozen shoulder	6個月
(七)顏面麻痺 facial palsy	3個月
(八)關節炎 arthritis	3個月
(九)骨折 fractures	6個月
(十)其他骨科疾病 other orthopaedic disease 肌腱炎	1個月
(十一)扭傷與挫傷 sprain & strain	1.5-3個月
1. 膝內障	1.5-3個月
2. 踝扭傷	1個月
3. 其他扭傷或挫傷	
(十二)腦性麻痺 cerebral palsy	依臨床實際需要
(十三)頭部外傷 head injury	6個月
1. 下半身癱	12個月
2. 四肢癱	
(十四)脊髓灰質炎, 小兒麻痺 poliomyelitis	依臨床實際需要
(十五)周邊神經傷害(肌肉麻痺) Peripheral nerves injury	3個月
1. 單一周圍神經(peroneal、ulnar、median、radial)	6-9個月
2. 臂神經叢	
(十六)其他神經疾病 other neurological disease	申報費用時附專案申請書
(十七)全人工膝(股)關節-換術後 total hip & knee	3個月
(十八)胸腔復健 chest rehabilitation	
1. 胸腔手術前後 pre & post chest operation	3個月
2. 慢性阻塞性肺疾病 COPD	3個月
(十九)其他 others	申報費用時附專案申請書

物理治療綜合評估表

評估日期____年____月____日

(參考使用說明) 神經骨科心肺小兒其他 評估表試用版

項目號碼	項目名稱	無障礙請打勾	有障礙之簡單評估	有障礙需詳細評估 (請附詳細評估紀錄)
1	警覺性、注意力、認知行為與配合度 (COG_G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嗜睡, <input type="checkbox"/> 混淆, <input type="checkbox"/> 昏迷, <input type="checkbox"/> 對外界完全無反應, <input type="checkbox"/> 失智症, <input type="checkbox"/> 低智商, <input type="checkbox"/> 注意力不集中, <input type="checkbox"/> 情緒障礙, <input type="checkbox"/> 無法表達自己之意見, <input type="checkbox"/> 無法了解簡單之指令, <input type="checkbox"/> 較缺乏主動參與治療的意願, <input type="checkbox"/> 其他	1A 1B
2	關節活動度(ROM_G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有輕微限制但無功能障礙 <input type="checkbox"/> 明顯關節攣縮: (關節活動度1. 完全限制(0-20%); 2. 很有限制(21-40%); 3. 中等程度限制(41-70%); 4. 有一點限制(71-90%)) <input type="checkbox"/> 全身關節, <input type="checkbox"/> 左上肢, <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢, <input type="checkbox"/> 右下肢, <input type="checkbox"/> 頸椎, <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 其他	2A 2B 2C
3	肌肉力量、肌肉表現(MUSCLE_G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 全身虛弱 <input type="checkbox"/> 左上肢____級, <input type="checkbox"/> 左下肢____級, <input type="checkbox"/> 右上肢____級, <input type="checkbox"/> 右下肢____級, <input type="checkbox"/> 其他	3A、3B 3C、3D 3E、3F
4	感覺功能、疼痛(SEN_G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 視覺障礙, <input type="checkbox"/> 聽覺障礙, <input type="checkbox"/> 前庭覺障礙, <input type="checkbox"/> 本體覺障礙, <input type="checkbox"/> 觸覺障礙 疼痛部位: <input type="checkbox"/> 左上肢, <input type="checkbox"/> 左下肢, <input type="checkbox"/> 右上肢, <input type="checkbox"/> 右下肢, <input type="checkbox"/> 頸部, <input type="checkbox"/> 腰部, <input type="checkbox"/> 胸部 其他異常: <input type="checkbox"/> 左上肢, <input type="checkbox"/> 左下肢, <input type="checkbox"/> 右上肢, <input type="checkbox"/> 右下肢, <input type="checkbox"/> 臉, <input type="checkbox"/> 口部	4A 4B
5	動作功能、平衡、姿勢與步態 (MOTOR_G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 床上活動困難 <input type="checkbox"/> 轉位困難 <input type="checkbox"/> 坐之功能異常 <input type="checkbox"/> 站之功能異常 <input type="checkbox"/> 走不穩 <input type="checkbox"/> 上肢功能受限 <input type="checkbox"/> 姿勢或動作型態異常	5A

		<input type="checkbox"/> 其他	
6	運動能力、耐力(AERO_G)	<input type="checkbox"/> 多半時間在床上	6A、6B
		<input type="checkbox"/> 無法在自宅四周活動 <input type="checkbox"/> 無法在社區活動 <input type="checkbox"/> 其他	
7	維生系統、輔具與環境(Device)	<input type="checkbox"/> 備有輔具【寫1】；已有輔具，但使用不良【寫2】或需要輔具【寫3】 <input type="checkbox"/> 單拐， <input type="checkbox"/> 四腳拐， <input type="checkbox"/> 四腳助行器， <input type="checkbox"/> 有輪助行器， <input type="checkbox"/> 特殊推車， <input type="checkbox"/> 擺位輔具 <input type="checkbox"/> 輪椅， <input type="checkbox"/> 足踝裝具， <input type="checkbox"/> 膝踝足裝具， <input type="checkbox"/> 頸圈， <input type="checkbox"/> 束腹或背架， <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 環境協助【請打✓】 <input type="checkbox"/> 24小時需看護， <input type="checkbox"/> 部份時間需看護， <input type="checkbox"/> 出門困難， <input type="checkbox"/> 其他用品【請打✓】 <input type="checkbox"/> 氣切， <input type="checkbox"/> 鼻胃管， <input type="checkbox"/> 尿管， <input type="checkbox"/> 尿布， <input type="checkbox"/> 呼吸器， <input type="checkbox"/> 使用氧氣 <input type="checkbox"/> 其他請註明：	7A
8	專科特殊檢查(SPEC_G)	<input type="checkbox"/> 請註明：	

1A：意識、注意力、記憶、攻擊行為

1B：兒童認知發展測量工具

2A：主動(被動)關節活動度

2B：肌長度

2C：關節內動作(joint play)檢查

3A：徒手肌力測試

3B：臉部肌肉肌力

3C：阻力測試

3D：兒童肌力測試

3E：肌肉張力評估

3F：肌腱反射評估

4A：一般感覺功能評估

4B：疼痛評估

5A：功能評估

6A：實驗室檢查結果

6B：一般心肺功能評估

6C：藥物使用

6D：心肺疾患危險性評估

6E：簡易之肌耐力測試

6F：簡易有氧運動耐力測試

7A：輔具需求評估

附表詳見(P89至 P155)：行政院衛生署八十八下半年及八十九年度委託研究計劃之“物理治療前瞻支付制度規劃含(特約物理治療所)作業”委託研究報告

物理治療目標設定與治療計畫擬定：（請勾選適當項目）

物理治療目標		物理治療計畫
家屬與病人期望： <input type="radio"/> 減低依賴度 <input type="radio"/> 具生活自理之能力 <input type="radio"/> 減少併發症 <input type="radio"/> 能出門活動 <input type="radio"/> 能恢復上學、上班或持家等角色 <input type="radio"/> 其他	治療師預期達成目標： <input type="radio"/> 減低依賴度 <input type="radio"/> 具生活自理之能力 <input type="radio"/> 減少併發症 <input type="radio"/> 能出門活動 <input type="radio"/> 能恢復上學、上班或持家等角色 <input type="radio"/> 其他	治療安排與項目： · 種類： <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 居家 <input type="checkbox"/> 其他 · 治療頻率：_____次／每週 · 每次治療時間：_____分鐘
<input type="checkbox"/> 促進病患之警覺性、注意力與認知能力 <input type="checkbox"/> 促進關節活動度 <input type="checkbox"/> 避免關節攣縮或變形 <input type="checkbox"/> 增加肌肉伸展度(Muscle flexibility) <input type="checkbox"/> 促進肌肉力量及表現 <input type="checkbox"/> 避免肌肉萎縮或肌力減退 <input type="checkbox"/> 促進感覺功能 <input type="checkbox"/> 教導適當處置方式以避免皮膚受傷害 <input type="checkbox"/> 減輕疼痛 <input type="checkbox"/> 增進下肢動作功能，包括： <input type="checkbox"/> 床上活動能力 <input type="checkbox"/> 轉位能力 <input type="checkbox"/> 平衡功能 <input type="checkbox"/> 行走功能 <input type="checkbox"/> 增進上肢動作功能及日常生活功能自理能力 <input type="checkbox"/> 增進動作發展或正確動作模式 <input type="checkbox"/> 促進有氧運動能力及耐力 <input type="checkbox"/> 輔具評估及建議 <input type="checkbox"/> 環境評估與促進環境整合、家屬教育等 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 提供正向、積極的學習環境或刺激 <input type="checkbox"/> 知覺認知訓練 <input type="checkbox"/> 被動/主動輔助性/主動關節運動 <input type="checkbox"/> 關節鬆動術(Joint mobilization technique) <input type="checkbox"/> 肌肉伸展運動/肌肉放鬆技巧 <input type="checkbox"/> 肌力增強訓練 <input type="checkbox"/> 電刺激 <input type="checkbox"/> 感覺處理技術 <input type="checkbox"/> 教導正確翻身/擺位技巧、自我皮膚檢查方法 <input type="checkbox"/> 儀器治療 <input type="checkbox"/> 教導日常生活正確姿勢與技巧 <input type="checkbox"/> 床上活動訓練 <input type="checkbox"/> 轉位訓練 <input type="checkbox"/> 輪椅活動訓練 <input type="checkbox"/> 坐姿/站姿姿勢矯正、靜/動態平衡訓練、坐⑤站訓練 <input type="checkbox"/> 步態矯正、步行輔具行走訓練〈含平地、樓梯、斜坡、不平路面的訓練〉、步行速度訓練 <input type="checkbox"/> 日常生活功能訓練，如：進食、梳洗、穿脫衣物、洗澡、如廁等 <input type="checkbox"/> 發展增進技術 <input type="checkbox"/> 誘發技術、反射抑制技術 <input type="checkbox"/> 動作(再)學習技巧、工作取向訓練、運用正確生物力學原則 <input type="checkbox"/> 動作協調訓練 <input type="checkbox"/> 腳踏車、跑步機、上肢運動器訓練 <input type="checkbox"/> 輔具處方及教導使用技巧 <input type="checkbox"/> 居家環境評估、環境調整建議、居家治療計畫之擬定與訓練 <input type="checkbox"/> 其他