

# 醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項部分規定及第五點附表一、第十六點附表六、附表七、附表九及第十八點附表十二、附表十三、附表十五修正總說明

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，迄今歷經十二次修正。

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、為利衛生福利部中央健康保險署（以下稱健保署）協助預防保健服務之申請，明定醫事服務機構應向健保署提出服務項目申請之規範。(修正規定第二點)
- 二、為確保子宮頸抹片採檢與口腔黏膜檢查服務之品質，且考量西醫師與中醫師受訓專業領域之不同，爰酌修相關規定；另依實務需求酌修機構外執行業務報備規範。(修正規定第六點)
- 三、為有效運用資源，減少費用重複申報情形，新增應於黃卡加蓋院所戳章、應確實登載受檢紀錄及落實施作前查核之規範。(修正規定第十點及第十四點)
- 四、為符菸品健康福利捐分配及運作辦法、菸害防制及衛生保健基金審議作業要點，並使醫療院所便於配合，酌修經費來源標示相關規範。(修正規定第十三點)
- 五、因應業務實際需要，修正各類檢查表單：(修正規定第五點、第十六點及第十八點)
  - (一)附表一：整合兒童預防保健醫院與診所申報之醫令代碼，刪除原代碼11-13、15-17及19之規範及補助。因兒童後續轉介確診費非屬健保署代辦項目，刪除本注意事項中相關規範。修正產檢超音波檢查配合之就醫序號。酌修兒童預防保健、孕婦產前檢查及口腔黏膜檢查之備註說明。
  - (二)附表六：新增有無自覺症狀勾選欄位及檢體取樣人員選項。

- (三)附表七：新增攝影判讀日期；修正乳房攝影儀機型、乳腺組成及攝影檢查結果等欄位。
- (四)附表九及附表十五：修正檢查表，並配合修正申報格式。
- (五)附表十二：修正病灶勾選欄位文字。
- (六)附表十三：修正攝影檢查結果、追蹤結果等欄位。

## 醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項部分規定 及第五點附表一、第十六點附表六、附表七、附表九 及第十八點附表十二、附表十三、附表十五修正對照 表

修正規定	現行規定	說明
<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，<u>應向健保署提出服務項目之申請</u>；有關補助醫療費用之申報與核付作業，應依照本注意事項辦理，<u>本注意事項未規定者，得依全民健康保險相關規定辦理</u>。</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，有關補助醫療費用之申報與核付作業，應依照本注意事項辦理；<u>本注意事項未規定者，準用全民健康保險相關法令之規定</u>。</p>	<p>為利中央健康保險署協助預防保健服務之申請，依實務需求，酌修相關規定。</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。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。</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</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。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。</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</p>	<p>一、為確保子宮頸抹片採檢品質，酌修相關規定。</p> <p>二、為維護口腔黏膜檢查服務之品質，且考量西醫師與中醫師受訓專業領域之不同，爰酌修相關規定。</p> <p>三、有關醫療機構所屬醫事人員執行居家醫療服務，依本部醫事司 105 年 4 月 12 日函釋及中央健康保險署 106 年 3 月 1 日公告之「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，略以：醫事服務機構所屬醫師至照護對象住家提供醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准，其他醫事人員則須依法令規定事前報經當地衛生主管機關同意。</p>

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執行之。

(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。

(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。

(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）。

(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，其他科別專科醫師應接受相關訓練後，始能取得辦理本服務之資格。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。

(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；

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。

(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。

(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。

(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）。

(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，其他科別專科醫師應接受相關訓練後，始能取得辦理本服務之資格。

(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>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) <u>醫事人員</u>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，<u>依其他相關法令規定辦理</u>。</p>	<p>(九) <u>特約醫事服務機構</u>於機構外提供預防保健服務者，除本注意事項另有規定，依其規定處理外，<u>應事先報請所在地衛生局同意；未報經同意者，不予核付費用</u>。</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><u>(一) 兒童健康手冊之黃卡視為就醫憑證，特約醫事服務機構應於黃卡加蓋院所戳章，民眾未攜帶黃卡，不得提供兒童預防保健(含衛教指導)服務。</u></p> <p><u>(二)</u> 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><u>(三)</u> 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」<u>確實</u>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>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><u>(一)</u> 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><u>(二)</u> 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」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>一、為有效運用資源，減少費用重複申報情形，新增應於黃卡加蓋院所戳章及確實登載受檢紀錄之規範。</p> <p>二、款次變更。</p>
<p>十三、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，應<u>以明顯方式</u>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</p>	<p>十三、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，應於<u>醫療費用收據</u>標示所提供之服務項目、<u>補助金額</u>及其經費來源。</p> <p>前項標示內容如下：</p>	<p>為符菸品健康福利捐分配及運作辦法、菸害防制及衛生保健基金審議作業要點，並使醫療院所便於配合，酌修標示相關規範。</p>

<p>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「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」。</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「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」。</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>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>為有效運用資源，減少費用重複申報情形，爰修正應落實施作前查核之相關規定。</p>

# 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																																																																																																																																																										
<p>一、兒童預防保健</p> <p>【附表一】</p> <p>衛生福利部國民健康署預防保健服務補助金額</p> <p>一、兒童預防保健</p> <p>(單位：元)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>代碼</th> <th>就醫序號</th> <th>補助時程</th> <th>建議年齡</th> <th>服務項目</th> <th>補助金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>71</td> <td>IC71</td> <td>出生至二個月</td> <td>第一次</td> <td>一個月</td> <td>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、腸胃脹、心雜音、疝氣、隱辜、外生殖器、關節節節檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：驚嚇反應、注視物體。</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>72</td> <td>IC72</td> <td>二至四個月</td> <td>第二次</td> <td>二至三個月</td> <td>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、心雜音、肝脾腫大、關節節節檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：抬頭、手掌張開、對人微笑。</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>73</td> <td>IC73</td> <td>四至十個月</td> <td>第三次</td> <td>四至九個月</td> <td>1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔及圍視能力、關節節節檢、疝氣、隱辜、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、對聲音敏感、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「Y、門」音(八至九個月)。</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>75</td> <td>IC75</td> <td>十個月至一歲半</td> <td>第四次</td> <td>十個月至一歲半</td> <td>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、隱辜、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。</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>76</td> <td>IC76</td> <td>一歲半至二歲</td> <td>第五次</td> <td>一歲半至二歲</td> <td>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】、角膜、瞳孔、對聲音反應、口腔檢查。</td> <td>320</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>代碼</th> <th>就醫序號</th> <th>補助時程</th> <th>建議年齡</th> <th>服務項目</th> <th>補助金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>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。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>77</td> <td>IC77</td> <td>二至三歲</td> <td>第六次</td> <td>二至三歲</td> <td>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。</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>79</td> <td>IC79</td> <td>三至未滿七歲</td> <td>第七次</td> <td>三至未滿七歲</td> <td>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、會理、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、氣喘患者、體育課須限制劇烈運動，此可供入學後之參考。</td> <td>320</td> </tr> </tbody> </table> <p>※兒童預防保健服務修正代碼(16、19、76、79)及就醫序號(IC16、IC19、IC76、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，未依規定申報資料且未補正者，不予核付費用(即核扣320元)。</p> <p>※兒童預防保健服務自106年0月0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)。</p> <p>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&lt;=就醫年月-出生年月&lt;=18 醫令代碼76：18&lt;=就醫年月-出生年月&lt;=24 醫令代碼77：24&lt;=就醫年月-出生年月&lt;=36 醫令代碼79：36&lt;=就醫年月-出生年月&lt;=84 (2)時院重複受檢定義： 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、時院間隔條件(1生1次)及重複條件之檢核。</p>		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、腸胃脹、心雜音、疝氣、隱辜、外生殖器、關節節節檢。 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、對聲音之反應、心雜音、肝脾腫大、關節節節檢。 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、瞳孔及圍視能力、關節節節檢、疝氣、隱辜、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、對聲音敏感、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「Y、門」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、隱辜、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、會理、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、氣喘患者、體育課須限制劇烈運動，此可供入學後之參考。	320	<p>一、兒童預防保健</p> <p>【附表一】</p> <p>衛生福利部國民健康署預防保健服務補助金額</p> <p>一、兒童預防保健</p> <p>(單位：元)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>代碼</th> <th>就醫序號</th> <th>補助時程</th> <th>建議年齡</th> <th>服務項目</th> <th>補助金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11</td> <td>IC11</td> <td>出生至二個月</td> <td>第一次</td> <td>一個月</td> <td>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、腸胃脹、心雜音、疝氣、隱辜、外生殖器、關節節節檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：驚嚇反應、注視物體。</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>IC12</td> <td>二至四個月</td> <td>第二次</td> <td>二至三個月</td> <td>1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔及圍視能力、心雜音、肝脾腫大、關節節節檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：抬頭、手掌張開、對人微笑。</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>IC13</td> <td>四至十個月</td> <td>第三次</td> <td>四至九個月</td> <td>1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔及圍視能力、關節節節檢、疝氣、隱辜、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、對聲音敏感、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「Y、門」音(八至九個月)。</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>IC15</td> <td>十個月至一歲半</td> <td>第四次</td> <td>十個月至一歲半</td> <td>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、隱辜、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。</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>IC16</td> <td>一歲半至二歲</td> <td>第五次</td> <td>一歲半至二歲</td> <td>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】、角膜、瞳孔、對聲音反應、口腔檢查。 2.問診項目：固體食物。</td> <td>320</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>代碼</th> <th>就醫序號</th> <th>補助時程</th> <th>建議年齡</th> <th>服務項目</th> <th>補助金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>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。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>IC17</td> <td>二至三歲</td> <td>第六次</td> <td>二至三歲</td> <td>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。</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>IC19</td> <td>三至未滿七歲</td> <td>第七次</td> <td>三至未滿七歲</td> <td>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、會理、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、氣喘患者、體育課須限制劇烈運動，此可供入學後之參考。</td> <td>320</td> </tr> <tr> <td>71</td> <td>IC71</td> <td>出生至二個月</td> <td>第一次</td> <td>一個月</td> <td>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、腸胃脹、心雜音、疝氣、隱辜、外生殖器、關節節節檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：驚嚇反應、注視物體。 4.限基層醫療院所申報。</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>72</td> <td>IC72</td> <td>二至四個月</td> <td>第二次</td> <td>二至三個月</td> <td>1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔及圍視能力、心雜音、肝脾腫大、關節節節檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：抬頭、手掌張開、對人微笑。 4.限基層醫療院所申報。</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>73</td> <td>IC73</td> <td>四至十個月</td> <td>第三次</td> <td>四至九個月</td> <td>1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔及圍視能力、關節節節檢、疝氣、隱辜、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、對聲音敏感、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「Y、門」音(八至九個月)。</td> <td>250</td> </tr> </tbody> </table>	代碼	就醫序號	補助時程	建議年齡	服務項目	補助金額	11	IC11	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、腸胃脹、心雜音、疝氣、隱辜、外生殖器、關節節節檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：驚嚇反應、注視物體。	250	12	IC12	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、瞳孔及圍視能力、心雜音、肝脾腫大、關節節節檢。 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	13	IC13	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、瞳孔及圍視能力、關節節節檢、疝氣、隱辜、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、對聲音敏感、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「Y、門」音(八至九個月)。	250	15	IC15	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、隱辜、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	16	IC16	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】、角膜、瞳孔、對聲音反應、口腔檢查。 2.問診項目：固體食物。	320	代碼	就醫序號	補助時程	建議年齡	服務項目	補助金額					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。		17	IC17	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	19	IC19	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、會理、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、氣喘患者、體育課須限制劇烈運動，此可供入學後之參考。	320	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、腸胃脹、心雜音、疝氣、隱辜、外生殖器、關節節節檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：驚嚇反應、注視物體。 4.限基層醫療院所申報。	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、瞳孔及圍視能力、心雜音、肝脾腫大、關節節節檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：抬頭、手掌張開、對人微笑。 4.限基層醫療院所申報。	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、瞳孔及圍視能力、關節節節檢、疝氣、隱辜、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、對聲音敏感、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「Y、門」音(八至九個月)。	250	<p>一、整合兒童預防保健醫院與診所申報之醫令代碼，刪除原代碼11-13、15-17及19之規範及補助。</p> <p>二、修正重複受檢定義。</p> <p>三、因兒童後續轉介確診費非屬健保署代辦項目，刪除本注意事項中相關規範。</p>
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、腸胃脹、心雜音、疝氣、隱辜、外生殖器、關節節節檢。 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、對聲音之反應、心雜音、肝脾腫大、關節節節檢。 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、瞳孔及圍視能力、關節節節檢、疝氣、隱辜、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、對聲音敏感、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「Y、門」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、隱辜、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、會理、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、氣喘患者、體育課須限制劇烈運動，此可供入學後之參考。	320																																																																																																																																																								
代碼	就醫序號	補助時程	建議年齡	服務項目	補助金額																																																																																																																																																									
11	IC11	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、腸胃脹、心雜音、疝氣、隱辜、外生殖器、關節節節檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：驚嚇反應、注視物體。	250																																																																																																																																																								
12	IC12	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、瞳孔及圍視能力、心雜音、肝脾腫大、關節節節檢。 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																																																																																																																																																								
13	IC13	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、瞳孔及圍視能力、關節節節檢、疝氣、隱辜、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、對聲音敏感、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「Y、門」音(八至九個月)。	250																																																																																																																																																								
15	IC15	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、隱辜、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																																																																																																																																																								
16	IC16	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】、角膜、瞳孔、對聲音反應、口腔檢查。 2.問診項目：固體食物。	320																																																																																																																																																								
代碼	就醫序號	補助時程	建議年齡	服務項目	補助金額																																																																																																																																																									
				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。																																																																																																																																																										
17	IC17	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																																																																																																																																																								
19	IC19	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、會理、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、氣喘患者、體育課須限制劇烈運動，此可供入學後之參考。	320																																																																																																																																																								
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、腸胃脹、心雜音、疝氣、隱辜、外生殖器、關節節節檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：驚嚇反應、注視物體。 4.限基層醫療院所申報。	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、瞳孔及圍視能力、心雜音、肝脾腫大、關節節節檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：抬頭、手掌張開、對人微笑。 4.限基層醫療院所申報。	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、瞳孔及圍視能力、關節節節檢、疝氣、隱辜、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、對聲音敏感、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「Y、門」音(八至九個月)。	250																																																																																																																																																								

代碼	就醫序號	補助時程	建議年齡	服務項目	補助金額
				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「Y、門」音(八至九個月)。 4.限基層醫療院所申報。	
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。 4.限基層醫療院所申報。	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】、角膜、瞳孔、對聲音反應、口腔檢查。 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。 4.限基層醫療院所申報。	320
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、眼晴檢查、心雜音。 2.發展診察：會跑、脫鞋、穿鞋、說出身體部位名稱。 3.限基層醫療院所申報。	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、眼晴檢查【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。 3.限基層醫療院所申報。 ※預防接種是否完整 日常活動是否需要限制，有心臟病、氣喘患者，體育課須限制劇烈運動。此可併入學後之	320

代碼	就醫序號	補助時程	建議年齡	服務項目	補助金額
				參考。	

※兒童預防保健服務修正代碼(16、19、76、79)及就醫序號(IC16、IC19、IC76、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)。

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11、13、15、71-73、75；0<=就醫年月-出生年月<=18

醫令代碼16、76；18<=就醫年月-出生年月<=24

醫令代碼17、77；24<=就醫年月-出生年月<=36

醫令代碼19、79；36<=就醫年月-出生年月<=96

(2)重複條件：醫令代碼11與71不得重複、12與72不得重複、13與73不得重複、15與75不得重複、16與76不得重複、17與77不得重複、19與79不得重複

(3)醫令代碼11、12、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。

2. 申報「兒童發展篩檢轉介確診費」(補助金額每案800元)之條件如下：

經兒童預防保健服務，發現、轉介疑似發展異常兒童，經向家長說明後交付「兒童發展評估轉介單(表1-1)」，並於國民健康署「兒童健康管理系統」登錄「兒童預防保健疑似異常轉介個案追蹤單(表1-2)」；凡經本部國民健康署兒童發展聯合評估中心(或衛生局認定之評估醫院)確診為「發展遲緩兒童」者，於前開系統產出「申領清單及領據(表1-3)」並完成用印，即可函送當地衛生局申報費用，衛生局應於每月15日前送件(表1-4)(當年度12月15日前轉介確診者，當於當年申領費用)。

另，請依據兒童及少年福利與權益保障法第32條第1項規定，醫療機構發現有疑似發展遲緩兒童，應通報各縣市社會局成立之發展遲緩兒童通報轉介中心(各縣市中心名冊及「疑似發展遲緩兒童通報表」，請逕至社會及家庭署網站<http://www.sfaa.gov.tw>查詢或下載使用)。

3. 申報「兒童聽覺閉鎖篩檢轉介確診費」、「兒童隱性聽覺閉鎖篩檢轉介確診費」、「兒童關節發育不良篩檢轉介確診費」(補助金額每案800元)之條件如下：

經兒童預防保健服務，發現並轉介疑似聽覺閉鎖、隱性聽覺或關節發育不良兒童，經向家長說明後交付「全民健康保險(所)轉診單」；凡經接受轉診醫院所確診為「聽覺閉鎖」、「隱性聽覺」或「關節發育不良」者，由原轉介醫療院所，於國民健康署「兒童健康管理系統」登錄「兒童預防保健疑似異常轉介個案追蹤單(表1-2)」(轉診單或相關證明文件，留存於病歷中備查)，於前開系統產出「申領清單及領據(表1-3)」並完成用印，即可函送當地衛生局申報費用(當年度12月15日前轉介確診者，當於當年申領費用)。

如採書面申報者，每月5日前，將確診為「聽覺閉鎖」、「隱性聽覺」或「關節發育不良」兒童之轉診單或相關證明文件影本，連同「申領清單及領據」完成填寫及用印後，送當地衛生局彙整。



表 1-3 兒童篩檢轉介確診費申領清單及領據（醫療院所用）

表 1-3 兒童篩檢轉介確診費申領清單及領據（醫療院所用）

個案姓名	戶籍地 鄉鎮市區	兒童預防 保健		轉介確診 費項目 *註	個案姓名	戶籍地 鄉鎮市區	兒童預防 保健		轉介確診 費項目 *註
		就醫 日期	醫令 代碼				就醫 日期	醫令 代碼	

註：轉介確診費項目，請依照下列代碼填列，1:「兒童發展篩檢轉介確診費」，2:「兒童聽  
覺篩檢轉介確診費」，3:「兒童隱形眼鏡轉介確診費」，4:「兒童關節發育不  
良篩檢轉介確診費」。

茲領到 年 月 兒童篩檢轉介確診費，計新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 衛生福利部國民健康署  
主辦人員： (請簽章)  
醫院(診所) 出納人員： (請簽章)  
名稱(全銜)：請寫全銜及蓋機關章 會計人員： (請簽章)  
醫院(診所)統一編號： 院 長： (請簽章)  
聯絡電話：( )

註：私立醫院(診所)如無會計出納人員可免簽章

掛號信收件地址：( )

撥款之銀行名稱(分行)： 金融帳號： 戶名：

中華民國 年 月 日

表 1-4 縣市衛生局 兒童轉介確診費用申領清單及領據送件清單（衛生局用）

表 1-4 縣市衛生局 ( 年 月 )

兒童轉介確診費用申領清單及領據送件清單（衛生局用）

醫院(診所)	申請補助金額	備註

備註：衛生局應於每月 15 日前，將送件清單（請自行留存乙份備查），連同醫事機構  
申領清單及領據，送衛生福利部國民健康署婦幼健康組核撥費用。

審核單位：  
縣市衛生局 承辦人 科(課)長

中華民國 年 月 日

二、孕婦產前檢查

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
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。(註3)	350	335

註：

1. B型肝炎血清標誌檢驗HBsAG、HBeAG自103年11月1日起，由第五次產檢往前移至第一次產檢，惟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。
- 2.本注意事項所稱例行產檢內容包括：
  - (1)問診內容：本胎不適症狀如水腫、靜脈曲張、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。
  - (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預防保健服務之特約醫療院所，並委由上開特約醫療院所判讀結果。
- 4.母嬰親善醫療機構產前檢查個案，每次產檢增加20元。
- 5.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。
- 6.重複條件檢核：
  - (1)醫令代碼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)醫令代碼IC 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61(62)、64(65)、69(70) 同院所、同身分證字號一年內不得重複3次(含)以上。
- 7.有關性別條件之定義如下：性別為女性。

六、口腔黏膜檢查

註：

- 2.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)：
  - (1)完整申報篩檢個案「菸檳行為」；
  - (2)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%；
  - (3)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%。

二、孕婦產前檢查

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
61	62	IC41~ IC50	IC51~ 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。(註3)	350	335

註：

1. B型肝炎標記檢查HBsAG、HBeAG由第五次產檢調整期程前移至第1次產檢，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時接受本項檢查。
- 2.本注意事項所稱例行產檢內容包括：
  - (1)問診內容：本胎不適症狀如水腫、靜脈曲張、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。
  - (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預防保健服務之特約醫療院所，並委由上開特約醫療院所判讀結果。
- 4.母嬰親善醫療機構產前檢查個案，每次產檢增加20元。
- 5.產檢B型肝炎血清標誌檢驗時程之修正自公告日起6個月內緩衝申報。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，不予核付該篩檢費用。
- 6.重複條件檢核：醫令代碼61、62、64、65及69、70，同院所同ID一年內不得重複3次(含)以上。
- 7.有關性別條件之定義如下：性別為女性。

六、口腔黏膜檢查

註：

- 2.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)：
  - (1)完整申報篩檢個案「菸檳行為」達95%；
  - (2)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%；
  - (3)篩檢陽性個案追蹤結果為「無法聯繫」、「出國」及「搬家」者小於10%。

- 一、修正超音波檢查配合之就醫序號。
- 二、酌修備註說明。

酌修備註說明。

醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項第十六點附表六、附表七及附表九修正對照表

Table with 3 columns: 修正規定 (Revised Regulations), 現行規定 (Current Regulations), and 說明 (Explanation). The table compares two versions of a cervical smear test form (國民健康署婦女子宮頸抹片檢查表) and explains the changes. The left column shows the revised form with updated instructions and medical criteria. The middle column shows the current form. The right column provides a detailed explanation of the changes, such as the addition of HPV testing options and updated medical terminology. The forms include sections for patient information, medical history, and test results, with checkboxes for various conditions and instructions for healthcare providers.

國民健康署婦女子宮頸抹片檢查表

國民健康署婦女子宮頸抹片檢查表 (Left Column)
\* 國籍: ①本國 ②外籍人士
\* 1. 支付方式: ①預防保健 ②健保醫療給付
\* 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
\* 7. 現住址:
\* 8. 戶籍住址:
二、個案臨床資料(檢查婦女填寫)
9. 最近一次抹片檢查時間? [1] 年內 [2] 1-2年內
10. 已停經? (一年無月經) ①是 ②否 ③不知道
11. 最近一次月經日期: 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?
15. 是否曾接種子宮頸癌疫苗: ①是, 民國 年
②否 ③不知道
\* 醫師姓名(請簽名及填寫代碼)
Cytotechnologist
Cytopathologist
第三期: 病理醫療機構回報衛生所

105年4月修訂

國民健康署子宮頸(陰道)切片個案資料登記表

國民健康署子宮頸(陰道)切片個案資料登記表 (Left Column)
申報機構名稱: 填表人: 申報日期:
1. 個案姓名:
2. 出生日期: 西元 年 月 日
3. 身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
8. 切片報告日期: 西元 年 月 日
9. 病歷號:
10. 病歷別:
11. 病理組織部位:
12. 手術方式:
13. 子宮頸(陰道)病理組織切片結果(或診斷病名):
000 Unremarkable cervical epithelium (no pathological change, no pathological diagnosis)
010 Benign epithelial lesion (Benign tumor, Inflammatory & reactive changes, myoma)
020 Mild dysplasia (Flat condyloma; CIN 1; LSIL)
030 Moderate dysplasia (CIN 2; HSIL)
040 Severe dysplasia (Carcinoma in situ; CIN 3, HSIL)
050 Squamous cell carcinoma
060 Atypical glandular hyperplasia and dysplasia
070 Adenocarcinoma in situ
080 Adenocarcinoma
090 Adenosquamous carcinoma
100 Carcinoma(NOS, or other specific type)
110 Mesenchymal tumor, benign
120 Mesenchymal tumor, malignant
140 Squamous cell atypia / ASCUS
150 Dysplasia, Severity can not be determined
880 Inadequate specimen
990 Others:

國民健康署婦女子宮頸抹片檢查表

國民健康署婦女子宮頸抹片檢查表 (Right Column)
\* 國籍: ①本國 ②外籍人士
\* 1. 支付方式: ①預防保健 ②健保醫療給付
\* 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
\* 7. 現住址:
\* 8. 戶籍住址:
二、個案臨床資料(檢查婦女填寫)
9. 最近一次抹片檢查時間? [1] 年內 [2] 1-2年內
10. 已停經? (一年無月經) ①是 ②否 ③不知道
11. 最近一次月經日期: 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?
15. 是否曾接種子宮頸癌疫苗: ①是, 民國 年
②否 ③不知道
\* 醫師姓名(請簽名及填寫代碼)
Cytotechnologist
Cytopathologist
第三期: 病理醫療機構回報衛生所

105年4月修訂

國民健康署子宮頸(陰道)切片個案資料登記表

國民健康署子宮頸(陰道)切片個案資料登記表 (Right Column)
申報機構名稱: 填表人: 申報日期:
1. 個案姓名:
2. 出生日期: 西元 年 月 日
3. 身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
8. 切片報告日期: 西元 年 月 日
9. 病歷號:
10. 病歷別:
11. 病理組織部位:
12. 手術方式:
13. 子宮頸(陰道)病理組織切片結果(或診斷病名):
000 Unremarkable cervical epithelium (no pathological change, no pathological diagnosis)
010 Benign epithelial lesion (Benign tumor, Inflammatory & reactive changes, myoma)
020 Mild dysplasia (Flat condyloma; CIN 1; LSIL)
030 Moderate dysplasia (CIN 2; HSIL)
040 Severe dysplasia (Carcinoma in situ; CIN 3, HSIL)
050 Squamous cell carcinoma
060 Atypical glandular hyperplasia and dysplasia
070 Adenocarcinoma in situ
080 Adenocarcinoma
090 Adenosquamous carcinoma
100 Carcinoma(NOS, or other specific type)
110 Mesenchymal tumor, benign
120 Mesenchymal tumor, malignant
140 Squamous cell atypia / ASCUS
150 Dysplasia, Severity can not be determined
880 Inadequate specimen
990 Others:

附表七、國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查

【附表七】 注意事項：本檢查經費由衛生福利部國民健康署特種醫療及衛生保健基金支應。(109年4月修)

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；其他公費預算補助；自費健康檢查；其他。  
 乳房攝影車歸檢：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												
出生日期	聯絡資訊												
現居住地址	電話：( ) _____												
教育	手機：_____												
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"> <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 _____。												
生育史	生產次數 _____ 次； 有無哺喂母乳(至少某胎哺喂母乳一個月以上)： <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。請在右側圖相關位置標示「X」； <input type="checkbox"/> 沒有症狀； <input type="checkbox"/> 未做過乳房自我檢查。 												
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歸檢報告及影像。  
 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，請在右側圖相關位置標示「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"/> 第一次歸檢， <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

附表七、國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查

【附表七】 注意事項：本檢查經費由衛生福利部國民健康署特種醫療及衛生保健基金支應。(105年4月修)

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；其他公費預算補助；自費健康檢查；其他。  
 乳房攝影車歸檢：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												
出生日期	聯絡資訊												
現居住地址	電話：( ) _____												
教育	手機：_____												
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"> <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 _____。												
生育史	生產次數 _____ 次； 有無哺喂母乳(至少某胎哺喂母乳一個月以上)： <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。請在右側圖相關位置標示「X」； <input type="checkbox"/> 沒有症狀； <input type="checkbox"/> 未做過乳房自我檢查。 												
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歸檢報告及影像。  
 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)。
乳房觸診檢查	<input type="checkbox"/> 有腫塊或其他異常，請在右側圖相關位置標示「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"/> Moderate 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"/> 第一次歸檢， <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—六個月內須追蹤檢查 (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

因應業務實際需要的修。

附表九、國民健康署口腔黏膜檢查表

【附表九】**國民健康署口腔黏膜檢查表**  
 注意事項：【本檢查經費由衛生福利部國民健康署於管制及衛生保健基金支應。】  
 抽籤抽籤對象：30歲以上有抽籤權(含已戒)或吸菸者之民眾、18歲以上有抽籤權(含已戒)之原住民，每2年1次。  
 支付方式：預防保健；健保醫療給付；其他公費預算補助；自費健康檢查；其他。  
 抽籤地點：社區或職場設站抽籤；醫療院所。  
 檢查醫師科別：牙科；耳鼻喉科；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：\_\_\_\_)\_\_\_\_路\_\_\_\_號\_\_\_\_樓  
 縣 鄉鎮 村 路  
 市 市區 里 巷 弄 號  
 段  
 教育：無；小學；國(初)中；高中(職)；專科、大學；研究所以上；拒答  
**菸酒習慣**  
 1. 嗜煙習慣：無；已戒；嗜10年以下，每天少於20支；嗜10年以上，每天20支及以上；嗜超過10年，每天少於20支；嗜超過10年，每天20支及以上。  
 2. 吸菸習慣：無；已戒；吸10年以下，每天少於20支；吸10年以上，每天20支及以上；吸超過10年，每天少於20支；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無；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，並確認以上菸酒習慣正確無誤。(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：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，請將轉介原因代碼填於口腔黏膜初檢異常部位標示圖，並勾選編碼較小者)：疑似口腔癌；紅斑；紅白斑；均質性厚白斑；均質性薄白斑；均質性厚白斑；均質性薄白斑；疣狀增生；口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)；約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/瘡癤；扁平苔蘚；口腔黏膜不正常，但診斷未明；其他。  
**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、口腔內科、一般內科)**  
 1. 前項檢查陽性個案轉診至\_\_\_\_醫院接受確診  
 2. 轉診醫師：，聯絡電話：  
**國家確診結果(由確診醫院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?沒有；有。  
 2. 沒有接受確診理由為：無法聯繫；出國；搬家；死亡；拒做；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：無；有。  
 5. 診斷結果：無明顯異常；疑似口腔癌(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變(如可區分白班型態，請優先勾選@@@):  
疑似口腔癌；紅斑；紅白斑；白班；均質性厚白斑；均質性薄白斑；均質性厚白斑；均質性薄白斑；疣狀增生；口腔黏膜下纖維化症；扁平苔蘚；其他。  
 6. 治療：無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入。  
有做手術、放療、化療或其他治療，治療醫院名稱及代碼：。  
個案拒絕治療，理由：。

【附表九】**國民健康署口腔黏膜檢查表**  
 注意事項：【本檢查經費由衛生福利部國民健康署於管制及衛生保健基金支應。】  
 抽籤抽籤對象：30歲以上有抽籤權(含已戒)或吸菸者之民眾、18歲以上有抽籤權(含已戒)之原住民，每2年1次。  
 支付方式：預防保健；健保醫療給付；其他公費預算補助；自費健康檢查；其他。  
 抽籤地點：社區或職場設站抽籤；醫療院所。  
 檢查醫師科別：牙科；耳鼻喉科；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：\_\_\_\_)\_\_\_\_路\_\_\_\_號\_\_\_\_樓  
 縣 鄉鎮 村 路  
 市 市區 里 巷 弄 號  
 段  
 教育：無；小學；國(初)中；高中(職)；專科、大學；研究所以上；拒答  
**菸酒習慣**  
 1. 嗜煙習慣：無；已戒；嗜10年以下，每天少於20支；嗜10年以上，每天20支及以上；嗜超過10年，每天少於20支；嗜超過10年，每天20支及以上。  
 2. 吸菸習慣：無；已戒；吸10年以下，每天少於20支；吸10年以上，每天20支及以上；吸超過10年，每天少於20支；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無；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，並確認以上菸酒習慣正確無誤。(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：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，請將轉介原因代碼填於口腔黏膜初檢異常部位標示圖，並勾選編碼較小者)：疑似口腔癌；紅斑；紅白斑；均質性厚白斑；均質性薄白斑；均質性厚白斑；均質性薄白斑；疣狀增生；口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)；約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/瘡癤；扁平苔蘚；口腔黏膜不正常，但診斷未明；其他。  
**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、口腔內科、一般內科)**  
 1. 前項檢查陽性個案轉診至\_\_\_\_醫院接受確診  
 2. 轉診醫師：，聯絡電話：  
**國家確診結果(由確診醫院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?沒有；有。  
 2. 沒有接受確診理由為：無法聯繫；出國；搬家；死亡；拒做；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：無；有。  
 5. 診斷結果：無明顯異常；疑似口腔癌(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變(如可區分白班型態，請優先勾選@@@):  
疑似口腔癌；紅斑；紅白斑；白班；均質性厚白斑；均質性薄白斑；均質性厚白斑；均質性薄白斑；疣狀增生；口腔黏膜下纖維化症；扁平苔蘚；其他。  
 6. 治療：無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入。  
有做手術、放療、化療或其他治療，治療醫院名稱及代碼：。  
個案拒絕治療，理由：。

附表九、國民健康署口腔黏膜檢查表

【附表九】**國民健康署口腔黏膜檢查表**  
 注意事項：本檢查經費由衛生福利部國民健康署於管制及衛生保健基金支應。  
 抽籤抽籤對象：30歲以上有抽籤權(含已戒)或吸菸者之民眾、18歲以上有抽籤權(含已戒)之原住民，每2年1次。  
 支付方式：預防保健；健保醫療給付；其他公費預算補助；自費健康檢查；其他。  
 抽籤地點：社區或職場設站抽籤；醫療院所。  
 檢查醫師科別：牙科；耳鼻喉科；經健康署核可之其他科別專科醫師。  
**基本資料**  
 姓名： 性別：男 女 出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 原住民：是 否  
 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：\_\_\_\_)\_\_\_\_路\_\_\_\_號\_\_\_\_樓  
 縣 鄉鎮 村 路 巷 弄 號  
 市 市區 里 巷 弄 號  
 段  
 教育：無；小學；國(初)中；高中(職)；專科、大學；研究所以上；拒答  
**菸酒習慣**  
 1. 嗜煙習慣：無；已戒；嗜10年以下，每天少於20支；嗜10年以上，每天20支及以上；嗜超過10年，每天少於20支；嗜超過10年，每天20支及以上。  
 2. 吸菸習慣：無；已戒；吸10年以下，每天少於20支；吸10年以上，每天20支及以上；吸超過10年，每天少於20支；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、難癒合之潰瘍及腫塊症狀無；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，並確認以上菸酒習慣正確無誤。(簽名)  
**口腔黏膜檢查情形(檢查醫療院所填寫)**  
 1. 檢查醫療院所名稱及代碼：，門診日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。  
 2. 檢查結果：未發現以下需轉介之異常；需轉介，轉介原因(單選，若同時出現兩種(含)以上原因，請勾選編碼較小者)：  
疑似口腔癌 口腔內外不明原因之持續性腫塊 紅斑  
紅白斑 疣狀增生 非均質性白班 均質性厚白班  
均質性薄白班 口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)  
約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/瘡癤 扁平苔蘚  
口腔黏膜不正常，但診斷未明 其他：  
 檢查醫師簽名(蓋章)： 醫師執業執照號碼：  
**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)**  
 1. 前項檢查陽性個案轉診至\_\_\_\_醫院接受確診。  
 2. 轉診醫師：，聯絡電話：  
**國家確診結果(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兩個月內有沒有接受後續確診?沒有；有。  
 2. 沒有接受確診理由為：無法聯繫；出國；搬家；死亡；拒做；其他。  
 3. 確診(複檢)醫院名稱及代碼：，確診日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。  
 4. 病理切片：無；有。  
 5. 診斷結果：無；有。  
 疑似診斷(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變(如可區分白班型態，請優先勾選@@@):  
均質性厚白班 均質性薄白班 均質性厚白班 白班。  
紅斑；紅白斑；疣狀增生；口腔黏膜下纖維化症；扁平苔蘚。  
疑似口腔癌；其他。  
 疑似診斷(確診)為：口腔癌；上皮變異( 輕度 中度 重度)；其他。  
 6. 治療：無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入。  
有做手術、放療或化療，治療醫院名稱及代碼：。  
個案拒絕治療，理由：。(195年4月修訂)

【附表九】**國民健康署口腔黏膜檢查表**  
 注意事項：本檢查經費由衛生福利部國民健康署於管制及衛生保健基金支應。  
 抽籤抽籤對象：30歲以上有抽籤權(含已戒)或吸菸者之民眾、18歲以上有抽籤權(含已戒)之原住民，每2年1次。  
 支付方式：預防保健；健保醫療給付；其他公費預算補助；自費健康檢查；其他。  
 抽籤地點：社區或職場設站抽籤；醫療院所。  
 檢查醫師科別：牙科；耳鼻喉科；經健康署核可之其他科別專科醫師。  
**基本資料**  
 姓名： 性別：男 女 出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 原住民：是 否  
 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：\_\_\_\_)\_\_\_\_路\_\_\_\_號\_\_\_\_樓  
 縣 鄉鎮 村 路 巷 弄 號  
 市 市區 里 巷 弄 號  
 段  
 教育：無；小學；國(初)中；高中(職)；專科、大學；研究所以上；拒答  
**菸酒習慣**  
 1. 嗜煙習慣：無；已戒；嗜10年以下，每天少於20支；嗜10年以上，每天20支及以上；嗜超過10年，每天少於20支；嗜超過10年，每天20支及以上。  
 2. 吸菸習慣：無；已戒；吸10年以下，每天少於20支；吸10年以上，每天20支及以上；吸超過10年，每天少於20支；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、難癒合之潰瘍及腫塊症狀無；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，並確認以上菸酒習慣正確無誤。(簽名)  
**口腔黏膜檢查情形(檢查醫療院所填寫)**  
 1. 檢查醫療院所名稱及代碼：，門診日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。  
 2. 檢查結果：未發現以下需轉介之異常；需轉介，轉介原因(單選，若同時出現兩種(含)以上原因，請勾選編碼較小者)：  
疑似口腔癌 口腔內外不明原因之持續性腫塊 紅斑  
紅白斑 疣狀增生 非均質性白班 均質性厚白班  
均質性薄白班 口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)  
約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/瘡癤 扁平苔蘚  
口腔黏膜不正常，但診斷未明 其他：  
 檢查醫師簽名(蓋章)： 醫師執業執照號碼：  
**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)**  
 1. 前項檢查陽性個案轉診至\_\_\_\_醫院接受確診。  
 2. 轉診醫師：，聯絡電話：  
**國家確診結果(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兩個月內有沒有接受後續確診?沒有；有。  
 2. 沒有接受確診理由為：無法聯繫；出國；搬家；死亡；拒做；其他。  
 3. 確診(複檢)醫院名稱及代碼：，確診日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。  
 4. 病理切片：無；有。  
 5. 診斷結果：無；有。  
 疑似診斷(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變(如可區分白班型態，請優先勾選@@@):  
均質性厚白班 均質性薄白班 均質性厚白班 白班。  
紅斑；紅白斑；疣狀增生；口腔黏膜下纖維化症；扁平苔蘚。  
疑似口腔癌；其他。  
 疑似診斷(確診)為：口腔癌；上皮變異( 輕度 中度 重度)；其他。  
 6. 治療：無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入。  
有做手術、放療或化療，治療醫院名稱及代碼：。  
個案拒絕治療，理由：。(195年4月修訂)

因應業務實際需要的修並調整格式。

# 醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項第十八點附表十二、附表十三及附表十五修正對照表

修正規定	現行規定	說明
<p>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</p> <p>【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</p> <p>【本檢查經費由衛生福利部國民健康署特別預算及衛生保健基金支應】</p> <p>檢査資訊 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 光攝影檢查結果 <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 <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 Location: <input type="checkbox"/> 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"/> &lt; 1.0 cm <input type="checkbox"/> 1-2 cm <input type="checkbox"/> 2-3 cm <input type="checkbox"/> 3-4 cm <input type="checkbox"/> &gt; 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 <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 Location: <input type="checkbox"/> 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 <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 Location: <input type="checkbox"/> 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. <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 Location: <input type="checkbox"/> 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: _____</p> <p>(105年9月修訂)</p>	<p>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</p> <p>【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</p> <p>【本檢查經費由衛生福利部國民健康署特別預算及衛生保健基金支應】</p> <p>檢査資訊 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 光攝影檢查結果 <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 <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 Location: <input type="checkbox"/> 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"/> &lt; 1.0 cm <input type="checkbox"/> 1-2 cm <input type="checkbox"/> 2-3 cm <input type="checkbox"/> 3-4 cm <input type="checkbox"/> &gt; 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"/> Isodense <input type="checkbox"/> Low-density <input type="checkbox"/> Radiolucent <input type="checkbox"/> Mixed density <input type="checkbox"/> 2. Calcifications: <input type="checkbox"/> Rt. <input type="checkbox"/> Lt. <input type="checkbox"/> Multiple, Unilateral <input type="checkbox"/> Multiple, Bilateral <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 Location: <input type="checkbox"/> 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"/> Cluster <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 focal asymmetry <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 Location: <input type="checkbox"/> 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. <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 Location: <input type="checkbox"/> 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: _____</p> <p>(105年4月修訂)</p>	<p>因應業務實際需要酌修。</p>

附表十三、國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查個案追蹤表

【附表十三】  
國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查陽性個案追蹤表

【本檢查經費由衛生福利部國民健康署特別預算及衛生保健基金支應】

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：(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_  
手機：\_\_\_\_\_  
現居住地址：\_\_\_\_市\_\_\_\_區\_\_\_\_路\_\_\_\_段\_\_\_\_巷\_\_\_\_號  
\_\_\_\_里\_\_\_\_弄\_\_\_\_號  
乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)  
醫院名稱：\_\_\_\_\_  
攝影日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
攝影醫師：\_\_\_\_\_  
攝影檢查結果：  
 (Category 0)需附加其他影像檢查再評估  
 (Category 4)可疑異常須考慮組織生檢  
 A. Low suspicion  
 (Category 3)可能是良性發現-須短期追蹤  
 B. Moderate suspicion  
 (Category 5)高度疑似乳癌, 須採取適當措施  
 C. High suspicion  
追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及輸入資料)  
乳房 X 光攝影檢查結果為 (Category 0、3)之追蹤結果(後檢醫院填寫)  
後檢醫院名稱：\_\_\_\_\_  
後檢日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
後檢方式 (可複選)：  
 診斷性乳房 X 光攝影檢查： 該項複檢方式檢查結果為：  
 乳房超音波檢查： (1)無異常發現。  
 乳房磁振造影檢查： (2)良性發現。  
 其他複檢方式：\_\_\_\_\_  
 (3)可能是良性發現-須短期追蹤檢查(如六個月)。  
 (4)可疑異常須考慮組織生檢。  
 A. Low  B. Moderate  C. High suspicion  
 (5)高度疑似乳癌, 須採取適當措施。  
乳癌分期 (4)、(5)及複檢後結果為(4)、(5)之複檢結果(確診及治療醫院填寫)  
確診及治療醫院名稱：\_\_\_\_\_  
確診日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
確診醫師：\_\_\_\_\_  
病理診斷： 細針抽吸； 粗針穿刺； 鉤針定位； 立體定位穿刺； 手術切片檢查  
 超音波； 診斷性乳房攝影； MRI； 其他：\_\_\_\_\_  
臨床診斷檢查結果為：  
 (1)無異常發現。  
 (2)良性發現。  
 (3)可能是良性發現-須短期追蹤檢查(如六個月)。  
 (4)可疑異常須考慮組織生檢。  
 (5)高度疑似乳癌, 須採取適當措施。  
手術： 無；原因： 拒絕手術； 轉醫轉科； 中醫療法； 其他：\_\_\_\_\_  
有；日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日；  
手術醫院名稱：\_\_\_\_\_  
醫學機構代碼：\_\_\_\_\_  
組織學分類 (Histology type)： 腺管原位癌(DCIS)  浸潤性癌(Invasive carcinoma)  
腫瘤大小 (Size)：\_\_\_\_ 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 放射線治療、 化學治療、 荷爾蒙治療、 標靶治療  未治療  
 無法治療、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  
第一聯：存乳房 X 光攝影醫院機構 (105年9月修訂)

附表十三、國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查個案追蹤表

【附表十三】  
國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查陽性個案追蹤表

【本檢查經費由衛生福利部國民健康署特別預算及衛生保健基金支應】

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：(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_  
手機：\_\_\_\_\_  
現居住地址：\_\_\_\_市\_\_\_\_區\_\_\_\_路\_\_\_\_段\_\_\_\_巷\_\_\_\_號  
\_\_\_\_里\_\_\_\_弄\_\_\_\_號  
乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)  
醫院名稱：\_\_\_\_\_  
攝影日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
攝影醫師：\_\_\_\_\_  
攝影檢查結果：  
 (Category 0)需附加其他影像檢查再評估  
 (Category 4)可疑異常須考慮組織生檢  
 A. Low  
 (Category 3)可能是良性發現-六個月  
 B. Moderate  
 (Category 5)高度疑似乳癌, 須採取適當措施  
 C. High suspicion  
追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及輸入資料)  
乳房 X 光攝影檢查結果為 (Category 0、3)之追蹤結果(後檢醫院填寫)  
後檢醫院名稱：\_\_\_\_\_  
後檢日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
後檢方式 (可複選)：  
 診斷性乳房 X 光攝影檢查： 該項複檢方式檢查結果為：  
 乳房超音波檢查： (1)無異常發現。  
 乳房磁振造影檢查： (2)良性發現。  
 其他複檢方式：\_\_\_\_\_  
 (3)可能是良性發現-須六個月追蹤檢查。  
 (4)可疑異常須考慮組織生檢。  
 A. Low  B. Moderate  C. High suspicion  
 (5)高度疑似乳癌, 須採取適當措施。  
乳癌分期 (4)、(5)及複檢後結果為(4)、(5)之複檢結果(確診及治療醫院填寫)  
確診及治療醫院名稱：\_\_\_\_\_  
確診日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
確診醫師：\_\_\_\_\_  
病理診斷： 細針抽吸； 粗針穿刺； 鉤針定位； 立體定位穿刺； 手術切片檢查  
 超音波； 診斷性乳房攝影； MRI； 其他：\_\_\_\_\_  
臨床診斷檢查結果為：  
 (1)無異常發現。  
 (2)良性發現。  
 (3)可能是良性發現-六個月內追蹤檢查。  
 (4)可疑異常須考慮組織生檢。  
 A. Low  B. Moderate  C. High suspicion  
 (5)高度疑似乳癌, 須採取適當措施。  
手術： 無；原因： 拒絕手術； 轉醫轉科； 中醫療法； 其他：\_\_\_\_\_  
有；日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日；  
手術醫院名稱：\_\_\_\_\_  
醫學機構代碼：\_\_\_\_\_  
組織學分類 (Histology type)： 腺管原位癌(DCIS)  浸潤性癌(Invasive carcinoma)  
腫瘤大小 (Size)：\_\_\_\_ 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 放射線治療、 化學治療、 荷爾蒙治療、 標靶治療  未治療  
 無法治療、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  
第一聯：存乳房 X 光攝影醫院機構 (105年4月修訂)

因應業務實際需要酌修。



序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
13	地址	文字	60	V	(請參考最新版鄉鎮市區代碼對照表)
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

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
					E: 下牙齦 F: 舌 G: 口腔黏膜 H: 喉頭 I: 軟顎 J: 扁桃腺 K: 口咽壁黏膜 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		

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
13	地址	文字	60	V	(請參考最新版鄉鎮市區代碼對照表)
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	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) 17 檢查結果為「0」, 不可匯入確診 若個案檢查結果為1-11或71,72,73, 且此欄空白則自動帶入檢查醫院代碼, 視同在原醫院做確診。 無資料時請以10個字元的空白代替

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
23	前項檢查疑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
24	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			231		

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	YYYYMMDD,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	YYYYMMDD,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	△	YYYYMMDD,例如 99 年 3 月 1 日鍵入 0990301 若 7: 陽性個案後續確診為「1: 有」時, 此欄必填。
12	病理切片	文字	1	△	0: 無; 1: 有。 若 11: 確診日期有填寫時, 此欄必填。
13	臨床診斷 (複檢) 結果-非口腔癌之其他病變	文字	2	△	00: 無明顯異常; 08: 非均質性白斑 09: 均質性厚白斑 10: 均質性薄白斑 11: 白斑; 12: 紅斑; 13: 紅白斑; 14: 疣狀增生; 15: 口腔黏膜纖維化; 16: 扁平苔蘚; 20: 疑似口腔癌 99: 其他 若 11: 確診日期有填寫時, 13 或 14 欄位擇 1 必填。
14	臨床診斷 (複檢) 結果-非口腔癌之其他病變-其他敘述	文字	40	△	(臨床診斷 (複檢) 結果-非口腔癌之其他病變選「99: 其他」時, 此欄為必填)
15	診斷 (確診) 結果-病理診斷	文字	2	△	21: 口腔癌; 22: 上皮變異;

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	YYYYMMDD, 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	YYYYMMDD, 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

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	YYYYMMDD,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	YYYYMMDD,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	△	YYYYMMDD,例如 99 年 3 月 1 日鍵入 0990301 若 7: 陽性個案後續確診為「1: 有」時, 此欄必填。
12	病理切片	文字	1	△	0: 無; 1: 有。 若 7: 陽性個案後續確診為「1: 有」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: 正常; 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 7: 陽性個案後續確診為「1: 有」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;

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
					22: 上皮變異; 23: 輕度上皮變異; 24: 中度上皮變異; 25: 重度上皮變異; 99: 其他。 若 7: 陽性個案後續確診為「1: 有」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 7: 陽性個案後續確診為「1: 有」, 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 15: 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	YYYYMMDD, 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	YYYYMMDD, 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—  
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。

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—  
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。