

醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項第三點附表修正對照表

修正規定			現行規定			說明
附表一之一 執行兒童預防保健服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格						修正新生兒聽力篩檢之特約醫事服務資格及執行人員資格規定。
服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格	服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格	
兒童健康檢查	一、應為辦理兒童健康檢查服務特約醫事服務機構。 二、應符合下列規定之一： 1. 應有登記執業小兒科或家庭醫學科專科醫師。 2. 應有登記執業並通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師。	應符合下列規定之一： 一、登記執業之小兒科或家庭醫學科專科醫師。 二、登記執業並通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師。	兒童健康檢查	一、應為辦理兒童健康檢查服務特約醫事服務機構。 二、應符合下列規定之一： 1. 應有登記執業小兒科或家庭醫學科專科醫師。 2. 應有登記執業並通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師。	應符合下列規定之一： 一、登記執業之小兒科或家庭醫學科專科醫師。 二、登記執業並通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師。	
兒童衛教指導	應符合下列規定，並向健康署申請（申請書如附表一之五）： 一、應為辦理兒童健康檢查服務特約醫事服務機構。 二、應有登記執業之小兒科或家庭醫學科專科醫師或通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師，且具經健康署認可單位所辦理之「兒童衛教指導訓練課程」測試合格證明，課程內容至少三學分，每學分至少五十分鐘。	登記執業之小兒科或家庭醫學科專科醫師或通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師，且具經健康署認可單位所辦理之「兒童衛教指導訓練課程」測試合格證明，課程內容至少三學分，每學分至少五十分鐘。	兒童衛教指導	應符合下列規定，並向健康署申請（申請書如附表一之五）： 一、應為辦理兒童健康檢查服務特約醫事服務機構。 二、應有登記執業之小兒科或家庭醫學科專科醫師或通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師，且具經健康署認可單位所辦理之「兒童衛教指導訓練課程」測試合格證明，課程內容至少三學分，每學分至少五十分鐘。	登記執業之小兒科或家庭醫學科專科醫師或通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師，且具經健康署認可單位所辦理之「兒童衛教指導訓練課程」測試合格證明，課程內容至少三學分，每學分至少五十分鐘。	
新生兒聽力篩檢	應符合下列規定之一，並向健康署申請（申請書如附表一之六）： 一、具健康署「執行新生兒聽力篩檢醫療機構」資格審查通過之醫療機構。 二、未具健康署「執行新生兒聽力篩檢醫療機構」資格審查通過之醫療機構，需結合前項醫療機構之醫事人員至機構辦理。	通過健康署「執行新生兒聽力篩檢醫療機構資格審查原則」審查之醫事人員（ <u>審查原則如附表一之七</u> ）。	新生兒聽力篩檢	應符合下列規定之一，並向健康署申請（申請書如附表一之六）： 一、具健康署「執行新生兒聽力篩檢醫療機構」資格審查通過之有接生服務醫療機構。 二、未具健康署「執行新生兒聽力篩檢醫療機構」資格審查通過之醫療機構，需結合前項醫療機構辦理。	依「執行新生兒聽力篩檢醫療機構資格審查原則」審查通過之醫事人員。	
其他應配合事項： 一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源，兒童健康檢查為「由衛生福利部國民健康署經費補助」，新生兒聽力篩檢及兒童衛教指導為「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」。 二、兒童預防保健服務應於特約醫事服務機構內執行。如為特殊情況需至特約醫事服務機構外執行，應由當地衛生局向健康署報備核定後辦理。 三、未依附父母健保新生兒之聽力篩檢之申報費用規定，應另依健康署規定辦理。						
其他應配合事項： 一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源，兒童健康檢查為「由衛生福利部國民健康署經費補助」，新生兒聽力篩檢及兒童衛教指導為「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」。 二、兒童預防保健服務應於特約醫事服務機構內執行。如為特殊情況需至特約醫事服務機構外執行，應由當地衛生局向健康署報備核定後辦理。 三、未依附父母健保新生兒之聽力篩檢之申報費用規定，應另依健康署規定辦理。						

酌文字修正。

附表一之二 兒童預防保健服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令 代碼	就醫 序號	服務對象及時程		建議 年齡	服務內容	補助 金額
20	IC20	本國籍出生三個月內新生兒		三個月內	一、新生兒聽力篩檢。 二、新生兒聽力檢查結果如左、右耳皆 <40 dBnHL (篩檢儀器設定為 35 dBnHL) 為通過免進行複篩,如左、右耳或其中一耳聽力 ≥40 dBnHL (篩檢儀器設定為 35 dBnHL) 為不通過,須進行複篩。 三、篩檢儀器:自動聽性腦幹反應(aABR)聽力檢測儀器。 四、第一次篩檢不通過需完成第二次篩檢。	700
71	IC71	出生至二個月兒童	第一次	一個月	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查:身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔、對聲音之反應、唇顎裂、心雜音、疝氣、隱睾、外生殖器、髖關節篩檢。 三、飲食狀況:餵食方法。 四、發展診察:驚嚇反應、注視物體。	250
01					一、兒童衛教指導。 二、衛教內容:提供嬰兒哺餵、嬰幼兒猝死症候群預防、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註:搭配第一次兒童健康檢查申報。	100
72	IC72	二個月至四個月兒童	第二次	二個月至三個月	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查:身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔及固視能力、心雜音、肝脾腫大、髖關節篩檢。 三、飲食狀況:餵食方法。 四、發展診察:抬頭、手掌張開、對人微笑。	250
02					一、兒童衛教指導。 二、衛教內容:提供嬰兒哺餵與口腔清潔、嬰幼兒猝死症候群預防、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註:搭配第二次兒童健康檢查申報。	100
73	IC73	四個月至十個月兒童	第三次	四個月至九個月	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查:身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位瞳孔及固視能力、髖關節篩檢、疝氣、隱睾、外生殖器、對聲音之反應、心雜音、口腔檢查。 三、飲食狀況:餵食方法、副食品添加。 四、發展診察:翻身、伸手拿東西、對聲音敏銳、用手掌開蓋在臉上的手怕(四至八個月)、會爬、扶站、表達"再見"、發ㄣ、ㄣ、ㄣ音(八至九個月)。	250
03					一、兒童衛教指導。 二、衛教內容:提供嬰兒哺餵、副食品添加、口腔清潔照護、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註:搭配第三次兒童健康檢查申報。	100

附表一之二 兒童預防保健服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令 代碼	就醫 序號	服務對象及時程		建議 年齡	服務內容	補助 金額
20	IC20	本國籍出生三個月內新生兒		三個月內	一、新生兒聽力篩檢。 二、新生兒聽力檢查結果如左、右耳皆 <40 dBnHL (篩檢儀器設定為 35 dBnHL) 為通過免進行複篩,如左、右耳或其中一耳聽力 ≥40 dBnHL (篩檢儀器設定為 35 dBnHL) 為不通過,須進行複篩。 三、篩檢儀器:自動聽性腦幹反應(aABR)聽力檢測儀器。 四、第一次篩檢不通過需完成第二次篩檢。	700
71	IC71	出生至二個月兒童	第一次	一個月	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查:身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔、對聲音之反應、唇顎裂、心雜音、疝氣、隱睾、外生殖器、髖關節篩檢。 三、飲食狀況:餵食方法。 四、發展診察:驚嚇反應、注視物體。	250
01					一、兒童衛教指導。 二、衛教內容:提供嬰兒哺餵、嬰幼兒猝死症候群預防、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註:搭配第一次兒童健康檢查申報。	100
72	IC72	二至四個月兒童	第二次	二至三個月	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查:身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔及固視能力、心雜音、肝脾腫大、髖關節篩檢。 三、飲食狀況:餵食方法。 四、發展診察:抬頭、手掌張開、對人微笑。	250
02					一、兒童衛教指導。 二、衛教內容:提供嬰兒哺餵與口腔清潔、嬰幼兒猝死症候群預防、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註:搭配第二次兒童健康檢查申報。	100
73	IC73	四至十個月兒童	第三次	四至九個月	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查:身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位瞳孔及固視能力、髖關節篩檢、疝氣、隱睾、外生殖器、對聲音之反應、心雜音、口腔檢查。 三、飲食狀況:餵食方法、副食品添加。 四、發展診察:翻身、伸手拿東西、對聲音敏銳、用手掌開蓋在臉上的手怕(四至八個月)、會爬、扶站、表達"再見"、發ㄣ、ㄣ、ㄣ音(八至九個月)。	250
03					一、兒童衛教指導。 二、衛教內容:提供嬰兒哺餵、副食品添加、口腔清潔照護、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註:搭配第三次兒童健康檢查申報。	100

75	IC75	十個月至一歲六個月兒童	第四次	十個月至一歲六個月	一、兒童健康檢查。 二、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。 三、飲食狀況：固體食物。 四、發展診察：站穩、扶走、手指拿物、聽懂簡單句子。	250
04				十個月至一歲六個月	一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：提供幼兒哺餵、副食品添加、飲食習慣、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第四次兒童健康檢查申報。	100
76	IC76	一歲六個月至二歲兒童	第五次	一歲六個月至二歲	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位【須做斜視視檢查之遮蓋測試】、角膜、瞳孔、對聲音反應、口腔檢查。 三、飲食狀況：固體食物。 四、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。	320
05				一歲六個月至二歲	一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：提供幼兒飲食習慣、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第五次兒童健康檢查申報。	100
77	IC77	二歲至三歲兒童	第六次	二歲至三歲	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身高、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查、心雜音。 三、發展診察：會跑、脫鞋、拿筆亂畫、說出身體部位名稱。	250
06				二歲至三歲	一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：提供幼兒飲食習慣、用餐環境、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第六次兒童健康檢查申報。	100
79	IC79	三歲至未滿七歲兒童	第七次	三歲至未滿七歲	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身高、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。 三、發展診察：會跳、會蹲、畫圓圈、翻書、說自己名字、瞭解口語指示、肢體表達、說話清楚、辨認形狀或顏色。 ※預防接種是否完整 日常活動是否需要限制，有心臟病、氣喘病患者，體育課須限制劇烈運動，此可供入學後之參考。	320
07				三歲至未滿七歲	一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：習慣養成、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第七次兒童健康檢查申報。	100

75	IC75	十個月至一歲六個月兒童	第四次	十個月至一歲六個月	一、兒童健康檢查。 二、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。 三、飲食狀況：固體食物。 四、發展診察：站穩、扶走、手指拿物、聽懂簡單句子。	250
04				十個月至一歲六個月	一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：提供幼兒哺餵、副食品添加、飲食習慣、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第四次兒童健康檢查申報。	100
76	IC76	一歲六個月至二歲兒童	第五次	一歲六個月至二歲	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位【須做斜視視檢查之遮蓋測試】、角膜、瞳孔、對聲音反應、口腔檢查。 三、飲食狀況：固體食物。 四、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。	320
05				一歲六個月至二歲	一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：提供幼兒飲食習慣、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第五次兒童健康檢查申報。	100
77	IC77	二至三歲兒童	第六次	二至三歲	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身高、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查、心雜音。 三、發展診察：會跑、脫鞋、拿筆亂畫、說出身體部位名稱。	250
06				二至三歲	一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：提供幼兒飲食習慣、用餐環境、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第六次兒童健康檢查申報。	100
79	IC79	三至未滿七歲兒童	第七次	三至未滿七歲	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身高、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。 三、發展診察：會跳、會蹲、畫圓圈、翻書、說自己名字、瞭解口語指示、肢體表達、說話清楚、辨認形狀或顏色。 ※預防接種是否完整 日常活動是否需要限制，有心臟病、氣喘病患者，體育課須限制劇烈運動，此可供入學後之參考。	320
07				三至未滿七歲	一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：習慣養成、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第七次兒童健康檢查申報。	100

附表一之三 兒童預防保健服務對象資格查核、表單填寫與保存	
類別	內容
服務對象資格查核	一、新生兒出院前，應發給家長或主要照顧者一本兒童健康手冊，並告知手冊（黃卡）為就醫憑證。 二、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提供兒童預防保健服務後，於黃卡加蓋院所戳章，服務對象未攜帶黃卡，不得提供此服務。 三、特約醫事服務機構於執行服務前，應先檢視兒童健康手冊之黃卡及內部相關紀錄表單，確認該次檢查未被施作後始得提供服務。如未攜帶黃卡，不得提供該次服務，外展至醫事機構外（如幼兒園）者之服務，亦同。
表單填寫與保存	一、執行新生兒聽力篩檢、兒童健康檢查及兒童衛教指導時，應告知其家長或主要照顧者，並於兒童健康手冊之「新生兒篩檢紀錄表」、「兒童預防保健服務（含衛教指導）就醫憑證」、「健康檢查紀錄表」及「衛教紀錄表」確實登載後，由醫師於該次「健康檢查紀錄表」及「衛教紀錄表」簽名，並告知家長檢查結果請家長於「健康檢查紀錄表」簽名，且提供服務當日即於健保卡登錄及上傳當次檢查項目代碼、就醫序號、執行醫事人員證號及相關資料，若民眾持虛擬卡接受兒童預防保健服務，院所於提供服務二十四小時內，將當次執行紀錄上傳至衛生福利部中央健康保險署指定之系統。 二、執行兒童衛教指導時，應由醫師採一對一方式，提供家長或主要照顧者衛教評估及個別指導。 三、辦理新生兒聽力篩檢及兒童健康檢查者，應將新生兒聽力篩檢結果及相關資料（如附表一之 <u>八</u> ）及一歲六個月至二歲、三歲至未滿七歲之兒童健康檢查結果及相關資料（如附表一之 <u>九</u> ），傳輸至健康署指定之系統。

其他應配合事項：特約醫事服務機構辦理兒童預防保健服務，經查兒童健康手冊之黃卡及內部相關紀錄表單之未依規定記載或加蓋院所戳章等，本部不予核付費用，並追扣已核付之費用。

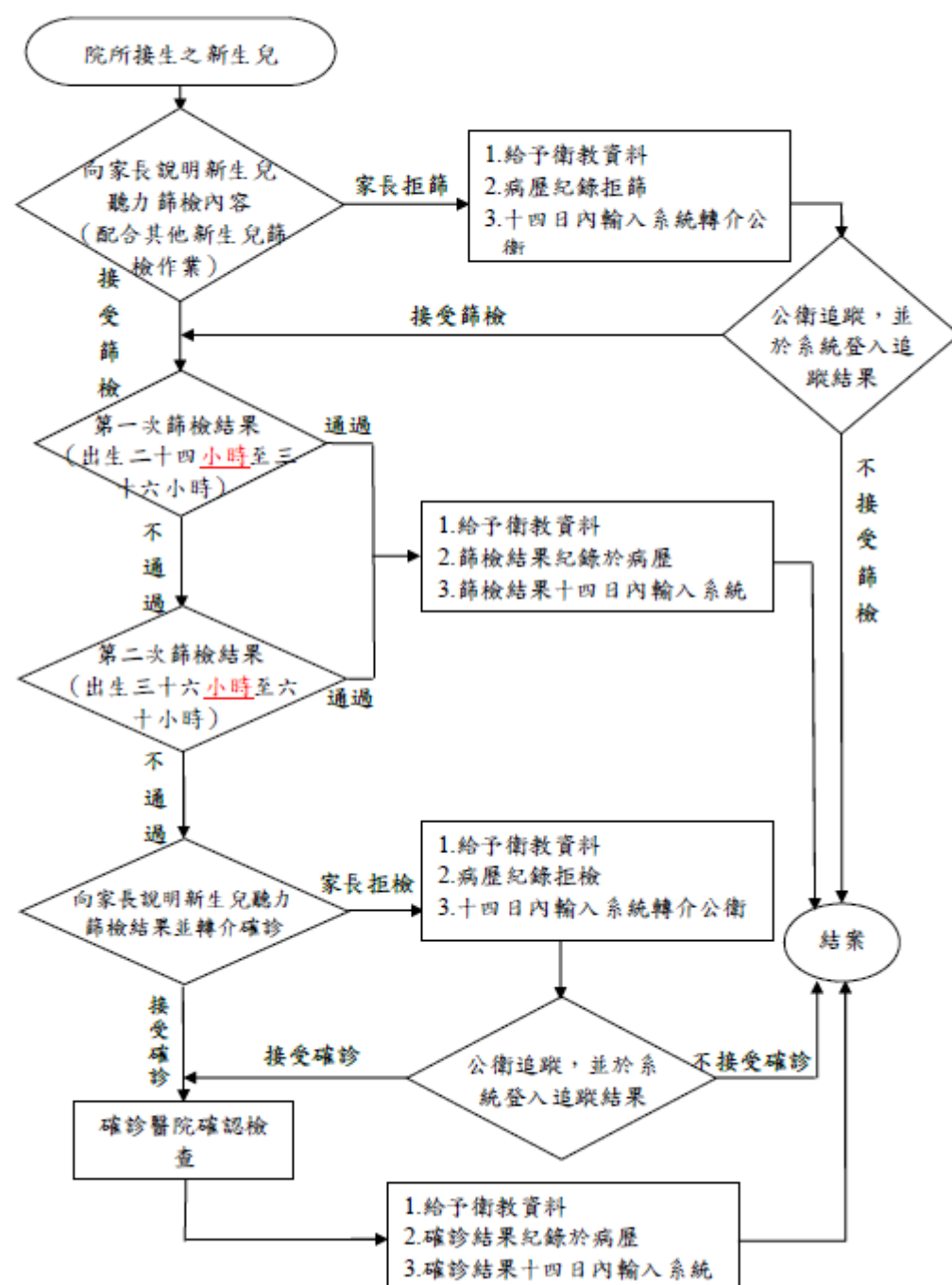
附表一之三 兒童預防保健服務對象資格查核、表單填寫與保存	
類別	內容
服務對象資格查核	一、新生兒出院前，應發給家長或主要照顧者一本兒童健康手冊，並告知手冊（黃卡）為就醫憑證。 二、兒童健康手冊之黃卡視為就醫憑證，特約醫事服務機構應於提供兒童預防保健服務後，於黃卡加蓋院所戳章，服務對象未攜帶黃卡，不得提供此服務。 三、特約醫事服務機構於執行服務前，應先檢視兒童健康手冊之黃卡及內部相關紀錄表單，確認該次檢查未被施作後始得提供服務。如未攜帶黃卡，不得提供該次服務，外展至醫事機構外（如幼兒園）者之服務，亦同。
表單填寫與保存	一、執行新生兒聽力篩檢、兒童健康檢查及兒童衛教指導時，應告知其家長或主要照顧者，並於兒童健康手冊之「新生兒篩檢紀錄表」、「兒童預防保健服務（含衛教指導）就醫憑證」、「健康檢查紀錄表」及「衛教紀錄表」確實登載後，由醫師於該次「健康檢查紀錄表」及「衛教紀錄表」簽名，並告知家長檢查結果請家長於「健康檢查紀錄表」簽名，且提供服務當日即於健保卡登錄及上傳當次檢查項目代碼、就醫序號、執行醫事人員證號及相關資料，若民眾持虛擬卡接受兒童預防保健服務，院所於提供服務二十四小時內，將當次執行紀錄上傳至衛生福利部中央健康保險署指定之系統。 二、執行兒童衛教指導時，應由醫師採一對一方式，提供家長或主要照顧者衛教評估及個別指導。 三、辦理新生兒聽力篩檢及兒童健康檢查者，應將新生兒聽力篩檢結果及相關資料（如附表一之七）及一歲六個月至二歲、三歲至未滿七歲之兒童健康檢查結果及相關資料（如附表一之八），傳輸至健康署指定之系統。

其他應配合事項：特約醫事服務機構辦理兒童預防保健服務，經查兒童健康手冊之黃卡及內部相關紀錄表單之未依規定記載或加蓋院所戳章等，本部不予核付費用，並追扣已核付之費用。

修正表單填寫與保存之附表標號。

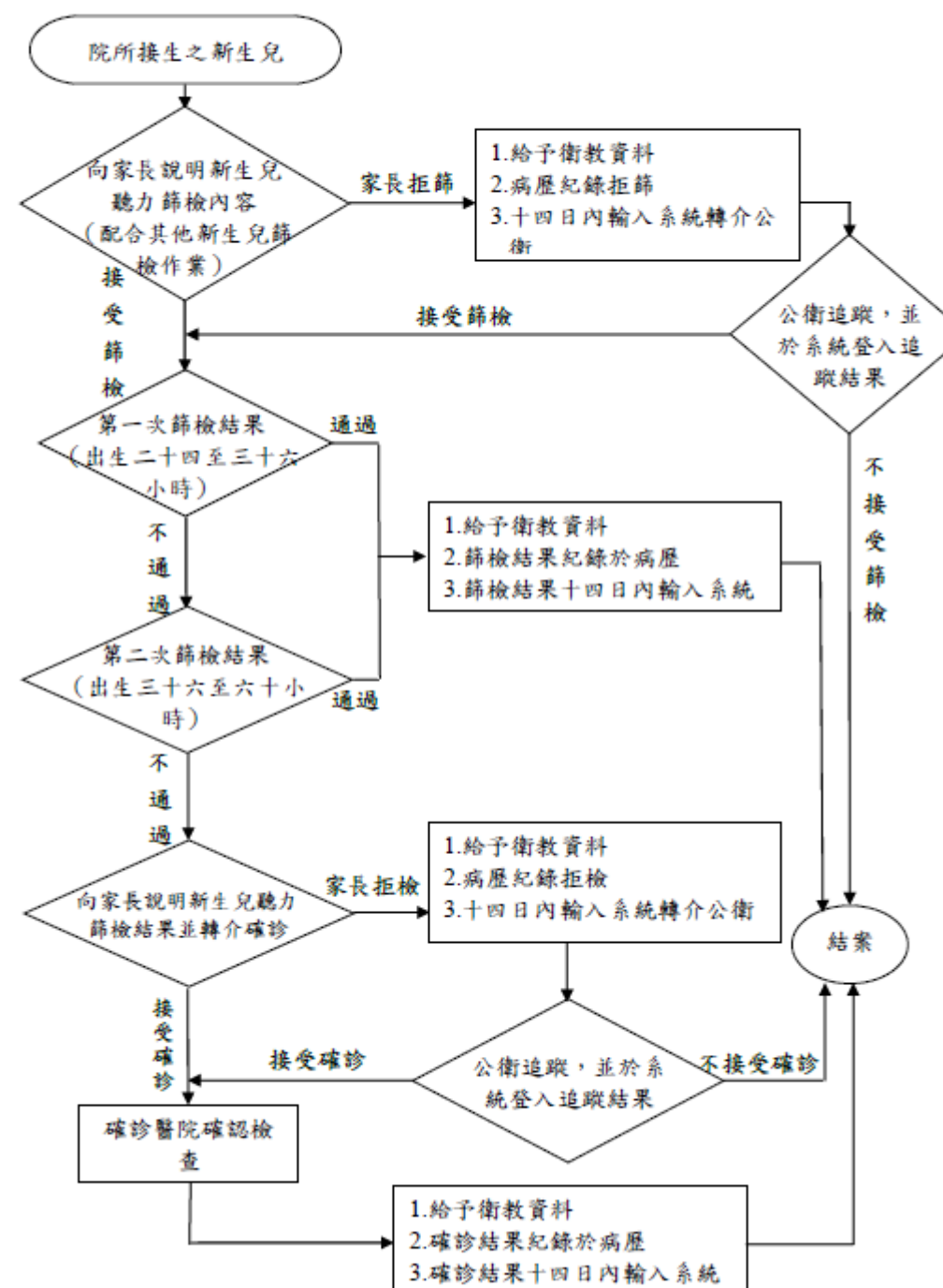
附表一之四

健康署新生兒聽力篩檢作業流程



附表一之四

健康署新生兒聽力篩檢作業流程



酌文字修正。

<u>附表一之七</u> <u>執行新生兒聽力篩檢醫療機構資格審查原則</u> 一、<u>衛生福利部國民健康署（以下稱本署）為辦理執行新生兒聽力篩檢醫療機構資格審查，特訂定本原則。</u> 二、<u>醫療機構符合以下條件經審查通過者，本署得核予執行新生兒聽力篩檢醫療機構資格：</u> （一）<u>具下列資格之一新生兒聽力篩檢人員：</u> <u>1. 耳鼻喉科醫師。</u> <u>2. 聽力師。</u> <u>3. 已受過經本署認可單位所辦理之相關訓練4小時以上之醫事人員。</u> （二）<u>具新生兒聽力篩檢儀器：自動聽性腦幹反應(aABR)聽力檢測儀器。</u> 三、<u>符合前點規定之醫療機構，得檢附下列文件一式三份，向本署提出申請資格審查：</u> （一）<u>申請表（如附件1）。</u> （二）<u>醫療機構所在地之衛生局核發之開業執照影本。</u> （三）<u>新生兒聽力篩檢人員：</u> <u>1. 耳鼻喉科醫師：檢附(1)專科醫師證書影本、(2)執業執照正反影本（如執業場所非申請機構，需另檢附報備支援證明影本）。</u> <u>2. 聽力師：檢附(1)聽力師證書影本、(2)執業執照正反影本（如執業場所非申請機構，需另檢附報備支援證明影本）。</u> <u>3. 醫事人員：檢附(1)執業執照正反影本（如執業場所非申請機構，需另檢附報備支援證明影本）、(2)已受過經本署認可單位所辦理之相關訓練4小時以上之證明。</u> （四）<u>自動聽性腦幹反應(aABR)聽力檢測儀器醫療器材許可證影本。</u> 四、<u>資格審查由本署為之，必要時得聘請專家或委託民間團體或公私立相關專業機構辦理。</u> 五、<u>醫療機構於取得本署執行新生兒聽力篩檢醫療機構資格後，始得接受本署委託辦理新生兒聽力篩檢。</u> 六、<u>通過本署資格審查之醫療機構，應配合辦理下列事項：</u> （一）<u>新生兒聽力篩檢結果，如左、右耳或其中一耳聽力$\geq 40\text{dBnHL}$為異常，</u>		新增附表。
---	--	--------------

<u>須進行複篩，方完成篩檢作業。</u> (二) <u>持續辦理內部品管，並定期依品管稽核表之項目自我稽核，且針對缺失提出改善措施，相關資料應完整保留，以備本署抽查。</u> (三) <u>辦理新生兒聽力篩檢人員如有異動，應於異動日起二週內報請本署備查，異動申請表如附件 2。</u> (四) <u>因新生兒聽力篩檢人員離職，致無具資格人員執行業務，或有其他因素致不能執行業務時，應立即停止辦理新生兒聽力篩檢業務，經主管機關限期改善，並改善完竣者，始得恢復辦理。</u> 七、<u>通過資格審查之醫療機構，有下列情形之一者，應接受實地檢查：</u> (一) <u>經檢舉有缺失。</u> (二) <u>其他基於業務需要，須進行實地檢查。</u> 八、<u>通過資格審查之醫療機構，有下列情形之一者，應取消其資格：</u> (一) <u>未依規定期限申報個案資料或申報之資料不完整、不正確，經通知限期補正，逾期未補正，核扣個案補助費用。</u> (二) <u>經查有偽造個案資料情事或其他情節重大之情形。</u> (三) <u>經實地檢查，確有重大缺失。</u> (四) <u>使用未經衛生福利部查驗登記領有許可證之儀器設備。</u> (五) <u>經查有第六點第四款之情形，經主管機關限期改善而未於限期內改善者。</u> 九、<u>經取消資格之醫療機構，自取消之日起屆滿二個月後，始得檢附第三點文件及改善計畫之實施成果報告，重新申請資格審查。</u>		
--	--	--

「執行新生兒聽力篩檢醫療機構」資格審查申請表

壹、申請單位基本資料表

<u>申請醫院</u>	<u>全名：</u>				
<u>醫療機構負責人</u>	<u>姓名：</u>				
<u>醫事機構代碼</u>				<u>所屬健保分區別</u> (如：北區)	
<u>地址</u>					
<u>聯絡人</u>	<u>姓名</u>			<u>電話</u>	
	<u>傳真</u>				

貳、工作人員（請將負責新生兒聽力篩檢所有工作人員資料填於附表，並檢送相關證件之影本）。

<u>姓 名</u>	<u>職 稱</u>	<u>學 歷</u>	<u>身分證字號</u>	<u>工作內容</u>	<u>醫事人員證書字號</u>	<u>本項篩檢受訓時數</u>

工作內容請寫下列代碼：(A：儀器操作；B：篩檢結果系統登入；C：個案追蹤；D：品管)，請於表格內註明。

參、新生兒聽力篩檢儀器資料（請附醫療器材許可證），每台設備皆須衛生福利部核可及填妥以下資料，若表格不夠請自行影印填寫。

<u>許可證編號</u>	<u>廠牌/型號(中英文名稱)</u>

肆、應檢附文件

- ☐ 開業執照影本
☐ 儀器通過衛生福利部核可之證明文件
☐ 篩檢人員證明文件

「執行新生兒聽力篩檢醫療機構」異動申請表

壹、異動單位基本資料表

申請醫院	全名：		
醫療機構負責人	姓名：	醫事機構代碼	
聯絡人	姓名	電話	
	電子		
	郵件		

貳、工作人員（請將異動之新生兒聽力篩檢工作人員資料填於附表，並檢送相關證件之影本）。

姓 名	職 稱	學 歷	身分證字號	工作內容	醫事人員 證書字號	本項篩檢 受訓時數

工作內容請寫下列代碼：(A：儀器操作；B：篩檢結果系統登入；C：個案追蹤；D：品管)，請於表格內註明。

參、應檢附文件

1. 耳鼻喉科醫師：☐專科醫師證書影本、☐執業執照正反影本（如執業場所非申請機構，需另檢附報備支援證明影本）
2. 聽力師：☐聽力師證書影本、☐執業執照正反影本（如執業場所非申請機構，需另檢附報備支援證明影本）
3. 醫事人員：☐執業執照正反影本(如執業場所非申請機構，需另檢附報備支援證明影本)、☐受過經本署認可單位所辦理之相關訓練 4 小時以上之證明

附表一之八

健康署新生兒聽力篩檢檢查紀錄結果表單

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

基本資料												
母親姓名		母親身分證字號										
		母親護照號碼 (外籍人士)										
新生兒出生日期	年	月	日	母親聯絡資訊	電話：() 手機：							
新生兒性別	☐ 男 ☐ 女											
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓											
新生兒聽力檢查結果												
檢查機構名稱		檢查醫事機構代碼										
第一次檢查日期	年	月	日									
右耳結果	☐ 通過 (<40 dBnHL) ☐ 不通過 (≥40 dBnHL), 須進行第二次篩檢 ☐ 未篩或拒篩			左耳結果	☐ 通過 (<40 dBnHL) ☐ 不通過 (≥40 dBnHL), 須進行第二次篩檢 ☐ 未篩或拒篩							
第二次檢查日期	年	月	日									
右耳結果	☐ 通過 (<40 dBnHL) ☐ 不通過 (≥40 dBnHL) ☐ 未篩或拒篩			左耳結果	☐ 通過 (<40 dBnHL) ☐ 不通過 (≥40 dBnHL) ☐ 未篩或拒篩							
檢查結果	☐ 通過 (<40 dBnHL) ☐ 不通過 (≥40 dBnHL) ☐ 不確定：第一次篩檢不通過 (≥40 dBnHL), 未做第二次篩檢 ☐ 未篩或拒篩											
檢查人員												

備註：

- 一、本紀錄表填寫方式請參照「新生兒聽力篩檢資料電子檔申報格式」。
- 二、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。
- 三、新生兒聽力檢查結果如第一次篩檢左、右耳皆<40 dBnHL (篩檢儀器設定為 35 dBnHL) 為通過免進行第二次篩檢, 如左、右耳或其中一耳聽力≥40 dBnHL (篩檢儀器設定為 35 dBnHL) 為不通過, 須進行第二次篩檢。
- 四、篩檢疑似異常個案需進行進一步確診, 請依健保署全民健保轉診規定填寫全民健康保險院(所)轉診單。

附表一之七

健康署新生兒聽力篩檢檢查紀錄結果表單

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

基本資料												
母親姓名		母親身分證字號										
		母親護照號碼 (外籍人士)										
新生兒出生日期	年	月	日	母親聯絡資訊	電話：() 手機：							
新生兒性別	☐ 男 ☐ 女											
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓											
新生兒聽力檢查結果												
檢查機構名稱		檢查醫事機構代碼										
第一次檢查日期	年	月	日									
右耳結果	☐ 通過 (<40 dBnHL) ☐ 不通過 (≥40 dBnHL), 須進行第二次篩檢 ☐ 未篩或拒篩			左耳結果	☐ 通過 (<40 dBnHL) ☐ 不通過 (≥40 dBnHL), 須進行第二次篩檢 ☐ 未篩或拒篩							
第二次檢查日期	年	月	日									
右耳結果	☐ 通過 (<40 dBnHL) ☐ 不通過 (≥40 dBnHL) ☐ 未篩或拒篩			左耳結果	☐ 通過 (<40 dBnHL) ☐ 不通過 (≥40 dBnHL) ☐ 未篩或拒篩							
檢查結果	☐ 通過 (<40 dBnHL) ☐ 不通過 (≥40 dBnHL) ☐ 不確定：第一次篩檢不通過 (≥40 dBnHL), 未做第二次篩檢 ☐ 未篩或拒篩											
檢查人員												

備註：

- 一、本紀錄表填寫方式請參照「新生兒聽力篩檢資料電子檔申報格式」。
- 二、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。
- 三、新生兒聽力檢查結果如第一次篩檢左、右耳皆<40 dBnHL (篩檢儀器設定為 35 dBnHL) 為通過免進行第二次篩檢, 如左、右耳或其中一耳聽力≥40 dBnHL (篩檢儀器設定為 35 dBnHL) 為不通過, 須進行第二次篩檢。
- 四、篩檢疑似異常個案需進行進一步確診, 請依健保署全民健保轉診規定填寫全民健康保險院(所)轉診單。

修正附表標號。

附表一之九

健康署【一歲六個月至二歲】兒童健康檢查紀錄結果表單

就醫日期： 年 月 日

基本資料	姓 名			性 別	☐ 男 ☐ 女	身分證統一編號		
	出 生 日 期	年 月 日 (年齡 歲 月)		聯絡電話				
	現 住 地 址	縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 段 巷 弄 號 樓						
身長/身高		公分 (百分位)	體重	公斤 (百分位)	頭圍	公分 (百分位)		
健康評估 及建議處置		☐ 無明顯異常 ☐ 需注意或異常項目 ↳ ☐ 生長評估： ☐ 建議定期追蹤 ☐ 建議轉介，進一步檢查 ☐ 身體檢查： ☐ 建議定期追蹤 ☐ 建議轉介，進一步檢查 ☐ 發展評估： ☐ 建議定期追蹤 ☐ 建議轉介，進一步檢查						
需注意或 異常項目	生長 評估	☐ 身高問題 ☐ 體重問題 ☐ 頭圍問題						
	身體 檢查	☐ 一般檢查： ☐ 眼睛檢查 ☐ 對聲音反應 ☐ 口腔檢查						
	發展 異常 題項	☐ 動作 ☐ 語言 ☐ 認知 ☐ 社會情緒 ☐ 其他						
		家長紀錄事項「發展狀況」異常題項						
		☐ A1.能由大人牽手或自扶欄杆上樓嗎？						
		☐ A2.會自己爬進椅子坐好嗎？						
		☐ A3.會說五個以上有意義的單字了嗎？						
		☐ A4.會指出至少三個身體部位嗎？例如：眼睛、嘴巴、手。						
		☐ A5.會聽從簡單的口頭指令嗎？例如：「拿去給哥哥」、「去拿鞋鞋」。						
		☐ A6.會模仿大人使用家裡的用具或做家事嗎？例如：聽電話、拿梳子梳頭、拿布擦桌子。						
☐ A7.會用肢體動作表達嗎？例如：點頭謝謝、揮手再見。								
☐ A8.會用手去指有趣的東西，與別人分享嗎？								
☐ A9.玩遊戲時會用相似物品取代正確的玩具嗎？例如：拿積木當汽車。								
☐ A10.在少許支撐下能蹲下或彎腰撿起地上的東西，然後恢復站的姿勢嗎？								
特殊記載								
健 保 卡 就醫序號			特 約 醫 事 機 構 代 碼					

備註：本紀錄表填表方式請參照「兒童健康檢查紀錄電子檔申報格式」。本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

附表一之八

健康署【一歲六個月至二歲】兒童健康檢查紀錄結果表單

就醫日期： 年 月 日

基本資料	姓 名			性 別	☐ 男 ☐ 女	身分證統一編號		
	出 生 日 期	年 月 日 (年齡 歲 月)		聯絡電話				
	現 住 地 址	縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 段 巷 弄 號 樓						
身長/身高		公分 (百分位)	體重	公斤 (百分位)	頭圍	公分 (百分位)		
健康評估 及建議處置		☐ 無明顯異常 ☐ 需注意或異常項目 ↳ ☐ 生長評估： ☐ 建議定期追蹤 ☐ 建議轉介，進一步檢查 ☐ 身體檢查： ☐ 建議定期追蹤 ☐ 建議轉介，進一步檢查 ☐ 發展評估： ☐ 建議定期追蹤 ☐ 建議轉介，進一步檢查						
需注意或 異常項目	生長 評估	☐ 身高問題 ☐ 體重問題 ☐ 頭圍問題						
	身體 檢查	☐ 一般檢查： ☐ 眼睛檢查 ☐ 對聲音反應 ☐ 口腔檢查						
	發展 異常 題項	☐ 動作 ☐ 語言 ☐ 認知 ☐ 社會情緒 ☐ 其他						
		家長紀錄事項「發展狀況」異常題項						
		☐ A1.能由大人牽手或自扶欄杆上樓嗎？						
		☐ A2.會自己爬進椅子坐好嗎？						
		☐ A3.會說五個以上有意義的單字了嗎？						
		☐ A4.會指出至少三個身體部位嗎？例如：眼睛、嘴巴、手。						
		☐ A5.會聽從簡單的口頭指令嗎？例如：「拿去給哥哥」、「去拿鞋鞋」。						
		☐ A6.會模仿大人使用家裡的用具或做家事嗎？例如：聽電話、拿梳子梳頭、拿布擦桌子。						
☐ A7.會用肢體動作表達嗎？例如：點頭謝謝、揮手再見。								
☐ A8.會用手去指有趣的東西，與別人分享嗎？								
☐ A9.玩遊戲時會用相似物品取代正確的玩具嗎？例如：拿積木當汽車。								
☐ A10.在少許支撐下能蹲下或彎腰撿起地上的東西，然後恢復站的姿勢嗎？								
特殊記載								
健 保 卡 就醫序號			特 約 醫 事 機 構 代 碼					

備註：本紀錄表填表方式請參照「兒童健康檢查紀錄電子檔申報格式」。本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

修正附表標號。

健康署【三至未滿七歲】兒童健康檢查紀錄結果表單

就醫日期： 年 月 日

基本資料	姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	身分證統一編號	
	出生日期	年 月 日 (年齡 歲 月)		聯絡電話		
	現住地址	縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 段 巷 弄 號 樓				
身長 / 身高	公分 (百分位)		體重	公斤 (百分位)		
健康評估及建議處置	☐ 無明顯異常 ☐ 需注意或異常項目 ↳ ☐ 生長評估： ☐ 建議定期追蹤 ☐ 建議轉介，進一步檢查 ☐ 身體檢查： ☐ 建議定期追蹤 ☐ 建議轉介，進一步檢查 ☐ 發展評估： ☐ 建議定期追蹤 ☐ 建議轉介，進一步檢查					
需注意或異常項目	生長評估	☐ 身高問題 ☐ 體重問題				
	身體檢查	☐ 一般檢查： ☐ 眼睛檢查 ☐ 對聲音反應 ☐ 口腔檢查 ☐ 動作 ☐ 語言 ☐ 認知 ☐ 社會情緒 ☐ 其他				
	發展異常題項	三至四歲家長紀錄事項「發展狀況」異常題項				
		☐ B1.會從樓梯的最後一階雙腳跳下嗎？				
		☐ B2.能踏動三輪車前進嗎？				
		☐ B3.會畫圓形嗎？				
		☐ B4.能自己用湯匙吃東西，很少溢出來嗎？				
		☐ B5.說話時會正確的使用代名詞「你」、「我」、「他」嗎？				
		☐ B6.會自己去廁所尿尿嗎？				
		☐ B7.會自己解開扣子，脫掉衣服嗎？				
		☐ B8.能正確說出二種常見物品的功能嗎？				
		☐ B9.通常可以和人一問一答持續對話，使用二至三個單詞的短句，且回答內容切題嗎？				
		☐ B10.能說出一個顏色，並說出三個圖形名稱（例如：鞋子、飛機等）？				
		四至七歲家長紀錄事項「發展狀況」異常題項				
		☐ C1.會單腳站立至少五秒鐘嗎？				
		☐ C2.四歲以後的孩子，會一腳一階上下樓梯嗎？				
		☐ C3.會用剪刀剪紙嗎？				
		☐ C4.玩家家酒時會扮演爸爸、媽媽或其他大人的模樣（四歲六個月以上）。				
		☐ C5.會自己穿衣服並扣上釦子嗎？				
		☐ C6.能依照連續指令正確拿取物品嗎？（三個以內）				
☐ C7.會聽從簡單的口頭指令嗎？例如：「拿去給哥哥」、「去拿鞋鞋」。						
☐ C8.說話表達正常嗎？例如：會和他人一問一答的聊天或談話。						
☐ C9.能說出四個顏色，並模仿畫出三個圖形（如： ☐ △◇+）嗎？						
特殊記載						
健保卡就醫序號			特約醫事機構代碼			

備註：本紀錄表填表方式請參照「兒童健康檢查紀錄電子檔申報格式」。本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署【三至未滿七歲】兒童健康檢查紀錄結果表單

就醫日期： 年 月 日

基本資料	姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	身分證統一編號	
	出生日期	年 月 日 (年齡 歲 月)		聯絡電話		
	現住地址	縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 段 巷 弄 號 樓				
身長 / 身高	公分 (百分位)		體重	公斤 (百分位)		
健康評估及建議處置	☐ 無明顯異常 ☐ 需注意或異常項目 ↳ ☐ 生長評估： ☐ 建議定期追蹤 ☐ 建議轉介，進一步檢查 ☐ 身體檢查： ☐ 建議定期追蹤 ☐ 建議轉介，進一步檢查 ☐ 發展評估： ☐ 建議定期追蹤 ☐ 建議轉介，進一步檢查					
需注意或異常項目	生長評估	☐ 身高問題 ☐ 體重問題				
	身體檢查	☐ 一般檢查： ☐ 眼睛檢查 ☐ 對聲音反應 ☐ 口腔檢查 ☐ 動作 ☐ 語言 ☐ 認知 ☐ 社會情緒 ☐ 其他				
	發展異常題項	三至四歲家長紀錄事項「發展狀況」異常題項				
		☐ B1.會從樓梯的最後一階雙腳跳下嗎？				
		☐ B2.能踏動三輪車前進嗎？				
		☐ B3.會畫圓形嗎？				
		☐ B4.能自己用湯匙吃東西，很少溢出來嗎？				
		☐ B5.說話時會正確的使用代名詞「你」、「我」、「他」嗎？				
		☐ B6.會自己去廁所尿尿嗎？				
		☐ B7.會自己解開扣子，脫掉衣服嗎？				
		☐ B8.能正確說出二種常見物品的功能嗎？				
		☐ B9.通常可以和人一問一答持續對話，使用二至三個單詞的短句，且回答內容切題嗎？				
		☐ B10.能說出一個顏色，並說出三個圖形名稱（例如：鞋子、飛機等）？				
		四至七歲家長紀錄事項「發展狀況」異常題項				
		☐ C1.會單腳站立至少五秒鐘嗎？				
		☐ C2.四歲以後的孩子，會一腳一階上下樓梯嗎？				
		☐ C3.會用剪刀剪紙嗎？				
		☐ C4.玩家家酒時會扮演爸爸、媽媽或其他大人的模樣（四歲六個月以上）。				
		☐ C5.會自己穿衣服並扣上釦子嗎？				
		☐ C6.能依照連續指令正確拿取物品嗎？（三個以內）				
☐ C7.會聽從簡單的口頭指令嗎？例如：「拿去給哥哥」、「去拿鞋鞋」。						
☐ C8.說話表達正常嗎？例如：會和他人一問一答的聊天或談話。						
☐ C9.能說出四個顏色，並模仿畫出三個圖形（如： ☐ △◇+）嗎？						
特殊記載						
健保卡就醫序號			特約醫事機構代碼			

備註：本紀錄表填表方式請參照「兒童健康檢查紀錄電子檔申報格式」。本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

修正附表標號。

附表一之十

健康署第一次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（出生至二個月）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

姓 名		出生日期	年 月 日	身分證字號	
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點	
		未做到	已做到		
1.嬰兒哺餵	餵食狀況	☐	☐	觀察寶寶一天尿布變濕五至八次來確定寶寶有吃飽。	
		☐	☐	餵奶問題之原因與處理，尤其是母乳哺餵問題。	
		☐	☐	寶寶餵食後一小時內，應注意溢吐奶狀況。	
2.口腔清潔	口腔清潔	☐	☐	使用紗布清潔口腔（包含舌頭）。	
3.嬰兒延長性黃疸	黃疸狀況	☐	☐	以嬰兒大便卡觀察比對寶寶大便顏色。	
		☐	☐	寶寶出生後三十天仍有黃疸或大便顏色不正常，要帶回院所檢驗。	
4.預防事故傷害及嬰兒猝死	寶寶睡姿	☐	☐	每次睡眠都應仰睡，可考慮在睡眠時使用奶嘴。	
	睡眠環境	☐	☐	睡眠地方（床鋪）表面須堅實。	
		☐	☐	與嬰兒同室但避免同床（含沙發或墊子）。	
		☐	☐	嬰兒床避免有鬆軟物件或防撞護墊（床圍）。	
		☐	☐	一歲以下禁止使用枕頭(即使中間有凹/洞設計的也不行)	
		☐	☐	若使用拉起式嬰兒床欄，應注意欄杆墜落、造成寶寶夾傷或窒息，且床欄杆兼具不可以超過六公分。	
	家人行為	☐	☐	保持無菸環境，避免寶寶受二手菸、三手菸的危害。	
		☐	☐	照顧寶寶時避免服用會影響清醒能力的藥物或酒精性飲料。	
	嬰兒搖晃症	☐	☐	寶寶哭泣是和大人的溝通方式，需要家長耐心安撫，不可以劇烈搖晃、旋轉或將寶寶重摔床上；如果照顧者情緒無法控制，請向親友或專業人士尋求協助。	
	安全照顧行為	☐	☐	寶寶身上或身邊勿有任何懸線，如懸掛奶嘴、項鍊、平安符、窗簾繩或玩具吊繩。	
		☐	☐	不要抱著寶寶泡牛奶或拿著熱飲。	
		☐	☐	準備寶寶洗澡水，先放冷水再放熱水。	
	寶寶外出	☐	☐	乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。	
☐		☐	避免使用機車或自行車搭載寶寶。		

※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870

醫療院所名稱及代碼	衛教指導對象與寶寶關係	醫師簽章
		指導日期 年 月 日

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

附表一之九

健康署第一次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（出生至二個月）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

姓 名		出生日期	年 月 日	身分證字號	
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點	
		未做到	已做到		
1.嬰兒哺餵	餵食狀況	☐	☐	觀察寶寶一天尿布變濕五至八次來確定寶寶有吃飽。	
		☐	☐	餵奶問題之原因與處理，尤其是母乳哺餵問題。	
		☐	☐	寶寶餵食後一小時內，應注意溢吐奶狀況。	
2.口腔清潔	口腔清潔	☐	☐	使用紗布清潔口腔（包含舌頭）。	
3.嬰兒延長性黃疸	黃疸狀況	☐	☐	以嬰兒大便卡觀察比對寶寶大便顏色。	
		☐	☐	寶寶出生後三十天仍有黃疸或大便顏色不正常，要帶回院所檢驗。	
4.預防事故傷害及嬰兒猝死	寶寶睡姿	☐	☐	每次睡眠都應仰睡，可考慮在睡眠時使用奶嘴。	
	睡眠環境	☐	☐	睡眠地方（床鋪）表面須堅實。	
		☐	☐	與嬰兒同室但避免同床（含沙發或墊子）。	
		☐	☐	嬰兒床避免有鬆軟物件或防撞護墊（床圍）。	
		☐	☐	一歲以下禁止使用枕頭(即使中間有凹/洞設計的也不行)	
		☐	☐	若使用拉起式嬰兒床欄，應注意欄杆墜落、造成寶寶夾傷或窒息，且床欄杆兼具不可以超過六公分。	
	家人行為	☐	☐	保持無菸環境，避免寶寶受二手菸、三手菸的危害。	
		☐	☐	照顧寶寶時避免服用會影響清醒能力的藥物或酒精性飲料。	
	嬰兒搖晃症	☐	☐	寶寶哭泣是和大人的溝通方式，需要家長耐心安撫，不可以劇烈搖晃、旋轉或將寶寶重摔床上；如果照顧者情緒無法控制，請向親友或專業人士尋求協助。	
	安全照顧行為	☐	☐	寶寶身上或身邊勿有任何懸線，如懸掛奶嘴、項鍊、平安符、窗簾繩或玩具吊繩。	
		☐	☐	不要抱著寶寶泡牛奶或拿著熱飲。	
		☐	☐	準備寶寶洗澡水，先放冷水再放熱水。	
	寶寶外出	☐	☐	乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。	
☐		☐	避免使用機車或自行車搭載寶寶。		

※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870

醫療院所名稱及代碼	衛教指導對象與寶寶關係	醫師簽章
		指導日期 年 月 日

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第二次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（二至四個月）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

姓 名		出生日期	年 月 日	身分證字號	
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點	
		未做到	已做到		
1.嬰兒哺餵	餵食狀況	☐	☐	純母乳哺育至六個月為佳，可持續哺育母乳至二歲。	
		☐	☐	奶量與餵食頻率，須依寶寶需求餵食。	
		☐	☐	不要讓寶寶含奶瓶睡覺。	
2.口腔清潔	口腔清潔	☐	☐	使用紗布清潔口腔（包含舌頭）。	
3.預防事故傷害及嬰兒猝死	寶寶睡姿	☐	☐	每次睡眠都應仰睡，可考慮在睡眠時使用奶嘴。	
	睡眠環境	☐	☐	一歲以下禁止使用枕頭(即使中間有凹/洞設計的也不行)	
		☐	☐	睡眠地方（床鋪）表面須堅實。	
		☐	☐	與嬰兒同室但避免同床（含沙發或墊子）。	
		☐	☐	嬰兒床避免有鬆軟物件或防撞護墊（床圍）。	
	安全照顧行為	☐	☐	若使用拉起式嬰兒床欄，應注意欄杆墜落、造成寶寶夾傷或窒息，且床欄杆兼具不可以超過六公分。	
		☐	☐	寶寶身上或身邊勿有任何懸線，如懸掛奶嘴、項鍊、平安符、窗簾繩或玩具吊繩。	
	寶寶外出	☐	☐	避免使用機車或自行車搭載寶寶。	
4.親子共讀	親子共讀	☐	☐	親子共讀很重要，請儘早開始陪寶寶一起看書、講故事。	

※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870

醫療院所名稱及代碼	衛教指導對象與寶寶關係	醫師簽章
		指導日期 年 月 日

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第二次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（二至四個月）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

姓 名		出生日期	年 月 日	身分證字號	
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點	
		未做到	已做到		
1.嬰兒哺餵	餵食狀況	☐	☐	純母乳哺育至六個月為佳，可持續哺育母乳至二歲。	
		☐	☐	奶量與餵食頻率，須依寶寶需求餵食。	
		☐	☐	不要讓寶寶含奶瓶睡覺。	
2.口腔清潔	口腔清潔	☐	☐	使用紗布清潔口腔（包含舌頭）。	
3.預防事故傷害及嬰兒猝死	寶寶睡姿	☐	☐	每次睡眠都應仰睡，可考慮在睡眠時使用奶嘴。	
	睡眠環境	☐	☐	一歲以下禁止使用枕頭(即使中間有凹/洞設計的也不行)	
		☐	☐	睡眠地方（床鋪）表面須堅實。	
		☐	☐	與嬰兒同室但避免同床（含沙發或墊子）。	
		☐	☐	嬰兒床避免有鬆軟物件或防撞護墊（床圍）。	
	安全照顧行為	☐	☐	若使用拉起式嬰兒床欄，應注意欄杆墜落、造成寶寶夾傷或窒息，且床欄杆兼具不可以超過六公分。	
		☐	☐	寶寶身上或身邊勿有任何懸線，如懸掛奶嘴、項鍊、平安符、窗簾繩或玩具吊繩。	
	寶寶外出	☐	☐	避免使用機車或自行車搭載寶寶。	
4.親子共讀	親子共讀	☐	☐	親子共讀很重要，請儘早開始陪寶寶一起看書、講故事。	

※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870

醫療院所名稱及代碼	衛教指導對象與寶寶關係	醫師簽章
		指導日期 年 月 日

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第三次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（四至十個月）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

姓 名		出生日期	年	月	日	身分證字號	
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點			
		未做到	已做到				
1.嬰兒哺餵	餵食狀況	☐	☐	純母乳哺育至六個月為佳，可持續哺育母乳至二歲。			
	副食品	☐	☐	副食品於六個月後即需添加，於四至六個月提早添加需經醫師專業評估。			
	進食習慣	☐	☐	以新鮮、天然的食品為主，避免含糖飲料。			
		☐	☐	不要將大人嚼過的食物餵食寶寶。			
2.口腔清潔照護	口腔清潔	☐	☐	開始長乳牙了，餐後及睡前使用紗布沾含氟牙膏（僅需米粒大小），幫寶寶潔牙。			
		☐	☐	長乳牙後，每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。			
3.預防事故傷害及嬰兒猝死	安全照顧行為	☐	☐	充分了解使用學步車的危險性，且應避免使用。			
		☐	☐	家具尖銳角或桌角使用防撞套來保護。			
		☐	☐	家中餐桌或茶几上不要鋪桌巾。			
		☐	☐	不要抱著寶寶泡牛奶或拿著熱飲。			
		☐	☐	將細小東西、藥品或其他危險物品，放在寶寶無法拿到的地方。			
		☐	☐	避免餵食堅硬固體食物，以防吸入哽塞窒息。			
		☐	☐	避免劇烈搖晃孩童頭頸之動作或遊戲。			
	寶寶外出	☐	☐	乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。			
		☐	☐	避免使用機車或自行車搭載寶寶。			
※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870							
醫療院所名稱及代碼		衛教指導對象與寶寶關係			醫師簽章		
					指導日期 年 月 日		

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第三次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（四至十個月）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

姓 名		出生日期	年	月	日	身分證字號	
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點			
		未做到	已做到				
1.嬰兒哺餵	餵食狀況	☐	☐	純母乳哺育至六個月為佳，可持續哺育母乳至二歲。			
	副食品	☐	☐	副食品於六個月後即需添加，於四至六個月提早添加需經醫師專業評估。			
	進食習慣	☐	☐	以新鮮、天然的食品為主，避免含糖飲料。			
		☐	☐	不要將大人嚼過的食物餵食寶寶。			
2.口腔清潔照護	口腔清潔	☐	☐	開始長乳牙了，餐後及睡前使用紗布沾含氟牙膏（僅需米粒大小），幫寶寶潔牙。			
		☐	☐	長乳牙後，每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。			
3.預防事故傷害及嬰兒猝死	安全照顧行為	☐	☐	充分了解使用學步車的危險性，且應避免使用。			
		☐	☐	家具尖銳角或桌角使用防撞套來保護。			
		☐	☐	家中餐桌或茶几上不要鋪桌巾。			
		☐	☐	不要抱著寶寶泡牛奶或拿著熱飲。			
		☐	☐	將細小東西、藥品或其他危險物品，放在寶寶無法拿到的地方。			
		☐	☐	避免餵食堅硬固體食物，以防吸入哽塞窒息。			
		☐	☐	避免劇烈搖晃孩童頭頸之動作或遊戲。			
	寶寶外出	☐	☐	乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。			
		☐	☐	避免使用機車或自行車搭載寶寶。			
※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870							
醫療院所名稱及代碼		衛教指導對象與寶寶關係			醫師簽章		
					指導日期 年 月 日		

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第四次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（十個月至一歲六個月）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

姓 名		出生日期	年	月	日	身分證字號		
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點				
		未做到	已做到					
1.幼兒哺餵	副食品	☐	☐	可持續哺育母乳至二歲；六個月後務必添加副食品。				
		☐	☐	均衡食用六大類食品，補充鐵質可食用紅色肉類、蛋黃及深色蔬菜；補充碘營養素，可食用含碘豐富的食物例如：海帶、海藻或其他食物。				
	餵食習慣	☐	☐	讓幼兒少量多嘗試各類食物並多變換烹煮方式。				
		☐	☐	一歲開始讓幼兒使用學習杯及湯匙，並逐漸減少奶瓶餵奶次數以準備戒斷奶瓶。				
		☐	☐	餵食時應讓幼兒坐穩，避免追逐餵食。				
2.口腔與視力保健	口腔清潔	☐	☐	餐後及睡前使用牙線（棒）潔牙及含氟牙膏。				
		☐	☐	每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。				
	視力保健	☐	☐	建議未滿二歲幼兒不看螢幕，有視覺異常症狀應看眼科醫師。				
3.預防事故傷害	安全照顧行為	☐	☐	與幼兒同室但避免同床（含沙發或墊子），且幼兒床避免有鬆軟物件或防撞護墊。				
		☐	☐	避免玩具脫落之附件吸入，或口中含著食物奔跑、嬉戲。				
		☐	☐	不讓幼兒玩塑膠袋或爬入密閉箱櫃，易造成窒息。				
		☐	☐	避免幼兒發生墜樓的意外，窗戶、陽台旁不可放置可供孩童攀爬的家具、花盆或其他雜物。				
		☐	☐	不可讓幼兒獨處或託付給未成年者照顧。				
	幼兒外出	☐	☐	幼兒活動範圍要遠離車道。				
		☐	☐	乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。				
		☐	☐	避免使用機車或自行車搭載寶寶。				
※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870								
醫療院所名稱及代碼		衛教指導對象與寶寶關係				醫師簽章		
						指導日期 年 月 日		

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第四次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（十個月至一歲六個月）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

姓 名		出生日期	年	月	日	身分證字號		
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點				
		未做到	已做到					
1.幼兒哺餵	副食品	☐	☐	可持續哺育母乳至二歲；六個月後務必添加副食品。				
		☐	☐	均衡食用六大類食品，補充鐵質可食用紅色肉類、蛋黃及深色蔬菜；補充碘營養素，可食用含碘豐富的食物例如：海帶、海藻或其他食物。				
	餵食習慣	☐	☐	讓幼兒少量多嘗試各類食物並多變換烹煮方式。				
		☐	☐	一歲開始讓幼兒使用學習杯及湯匙，並逐漸減少奶瓶餵奶次數以準備戒斷奶瓶。				
		☐	☐	餵食時應讓幼兒坐穩，避免追逐餵食。				
2.口腔與視力保健	口腔清潔	☐	☐	餐後及睡前使用牙線（棒）潔牙及含氟牙膏。				
		☐	☐	每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。				
	視力保健	☐	☐	建議未滿二歲幼兒不看螢幕，有視覺異常症狀應看眼科醫師。				
3.預防事故傷害	安全照顧行為	☐	☐	與幼兒同室但避免同床（含沙發或墊子），且幼兒床避免有鬆軟物件或防撞護墊。				
		☐	☐	避免玩具脫落之附件吸入，或口中含著食物奔跑、嬉戲。				
		☐	☐	不讓幼兒玩塑膠袋或爬入密閉箱櫃，易造成窒息。				
		☐	☐	避免幼兒發生墜樓的意外，窗戶、陽台旁不可放置可供孩童攀爬的家具、花盆或其他雜物。				
		☐	☐	不可讓幼兒獨處或託付給未成年者照顧。				
	幼兒外出	☐	☐	幼兒活動範圍要遠離車道。				
		☐	☐	乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。				
		☐	☐	避免使用機車或自行車搭載寶寶。				
※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870								
醫療院所名稱及代碼		衛教指導對象與寶寶關係				醫師簽章		
						指導日期 年 月 日		

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第五次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（一歲六個月至二歲）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐補助」】

姓 名		出生日期	年 月 日	身分證字號		
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點		
		未做到	已做到			
1. 幼兒飲食	飲食習慣	☐	☐	少喝含糖飲料，不喝含咖啡因飲料（如：紅茶），多喝白開水。		
		☐	☐	選擇新鮮、當季的天然食物，烹煮方式以蒸、燉、煮取代煎、炸。		
		☐	☐	讓幼兒使用學習杯及湯匙，並戒斷奶瓶餵奶；但持續乳類食品之供應。		
		☐	☐	用餐應固定地點，讓幼兒坐高腳椅，並與家人一起用餐。		
2. 口腔與視力保健	口腔清潔	☐	☐	餐後及睡前使用牙線（棒）及牙刷沾含氟牙膏刷牙。		
	視力保健	☐	☐	每半年定期看診牙醫及牙齒塗氟。		
3. 預防事故傷害	安全照顧行為	☐	☐	浴室或浴盆內要設置防滑設備。		
		☐	☐	將瓦斯熱水器安裝於戶外通風處，並隨時保持室內空氣流通。		
		☐	☐	隨時清空儲水容器，避免幼兒不慎栽入。		
		☐	☐	避免幼兒單獨進入浴室廚房。		
		☐	☐	藥品、清潔劑、殺蟲劑、刀剪或其他危險物品，置於高處或鎖在櫥櫃、抽屜內。		
		☐	☐	避免幼兒發生墜樓的意外，窗戶、陽台旁不可放置可供孩童攀爬的家具、花盆或其他雜物。		
	幼兒外出	☐	☐	避免會劇烈搖晃孩童頭頸之動作或遊戲。		
		☐	☐	開車前先安置幼兒上車，行車時按下兒童安全鎖，停車後由成人協助幼兒下車。		
		☐	☐	乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。		
		☐	☐	避免使用機車或自行車搭載寶寶。		
		☐	☐	倒車時留意車外幼兒行蹤。		
		☐	☐	不可將幼兒單獨留在車內。		
※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870						
醫療院所名稱及代碼		衛教指導對象與寶寶關係		醫師簽章		
				指導日期 年 月 日		

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第五次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（一歲六個月至二歲）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐補助」】

姓 名		出生日期	年 月 日	身分證字號		
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點		
		未做到	已做到			
1. 幼兒飲食	飲食習慣	☐	☐	少喝含糖飲料，不喝含咖啡因飲料（如：紅茶），多喝白開水。		
		☐	☐	選擇新鮮、當季的天然食物，烹煮方式以蒸、燉、煮取代煎、炸。		
		☐	☐	讓幼兒使用學習杯及湯匙，並戒斷奶瓶餵奶；但持續乳類食品之供應。		
		☐	☐	用餐應固定地點，讓幼兒坐高腳椅，並與家人一起用餐。		
2. 口腔與視力保健	口腔清潔	☐	☐	餐後及睡前使用牙線（棒）及牙刷沾含氟牙膏刷牙。		
	視力保健	☐	☐	每半年定期看診牙醫及牙齒塗氟。		
3. 預防事故傷害	安全照顧行為	☐	☐	浴室或浴盆內要設置防滑設備。		
		☐	☐	將瓦斯熱水器安裝於戶外通風處，並隨時保持室內空氣流通。		
		☐	☐	隨時清空儲水容器，避免幼兒不慎栽入。		
		☐	☐	避免幼兒單獨進入浴室廚房。		
		☐	☐	藥品、清潔劑、殺蟲劑、刀剪或其他危險物品，置於高處或鎖在櫥櫃、抽屜內。		
		☐	☐	避免幼兒發生墜樓的意外，窗戶、陽台旁不可放置可供孩童攀爬的家具、花盆或其他雜物。		
	幼兒外出	☐	☐	避免會劇烈搖晃孩童頭頸之動作或遊戲。		
		☐	☐	開車前先安置幼兒上車，行車時按下兒童安全鎖，停車後由成人協助幼兒下車。		
		☐	☐	乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。		
		☐	☐	避免使用機車或自行車搭載寶寶。		
		☐	☐	倒車時留意車外幼兒行蹤。		
		☐	☐	不可將幼兒單獨留在車內。		
※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870						
醫療院所名稱及代碼		衛教指導對象與寶寶關係		醫師簽章		
				指導日期 年 月 日		

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第六次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（二至三歲）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐補助」】

姓 名		出生日期	年 月 日	身分證字號		
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點		
		未做到	已做到			
1.幼兒飲食	飲食習慣	☐	☐	避免以食物作為幼兒行為表現的獎勵品。		
		☐	☐	餐前二小時內不宜提供點心。		
		☐	☐	規定合理用餐時間（一般為三十分鐘）。		
	用餐環境	☐	☐	用餐應固定地點，讓幼兒坐高腳椅，並與家人一起用餐。		
		☐	☐	用餐時不要看電視，並固定在餐桌上用餐。		
		☐	☐	維持進餐愉悅氣氛，讓幼兒參與餐桌談話。		
2.口腔與視力保健	口腔清潔	☐	☐	餐後及睡前使用含氟牙膏，幫幼兒潔牙，二顆牙齒的臨接面，需使用牙線（棒）清潔。		
	視力保健	☐	☐	每半年定期看診牙醫及牙齒塗氟。		
3.預防事故傷害	安全照顧行為	☐	☐	藥品、清潔劑、殺蟲劑或其他危險物品，置於高處或鎖在櫥櫃、抽屜內。		
		☐	☐	電器用品應放置平穩不易傾倒，其電線收藏在幼兒無法碰觸或拉動之處。		
		☐	☐	避免幼兒夾傷，摺疊桌放置在幼兒無法接觸到的地方。		
	幼兒外出	☐	☐	教導幼兒穿越馬路「停看聽」的正確交通行為，且在過馬路時仍應牽住幼兒的手腕。		
		☐	☐	避免使用機車或自行車搭載寶寶。		
		☐	☐	務必使用汽車安全座椅，並予以束縛或定位於後座。		
※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870						
醫療院所名稱及代碼		衛教指導對象與寶寶關係		醫師簽章		
				指導日期 年 月 日		

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第六次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（二至三歲）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐補助」】

姓 名		出生日期	年 月 日	身分證字號		
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點		
		未做到	已做到			
1.幼兒飲食	飲食習慣	☐	☐	避免以食物作為幼兒行為表現的獎勵品。		
		☐	☐	餐前二小時內不宜提供點心。		
		☐	☐	規定合理用餐時間（一般為三十分鐘）。		
	用餐環境	☐	☐	用餐應固定地點，讓幼兒坐高腳椅，並與家人一起用餐。		
		☐	☐	用餐時不要看電視，並固定在餐桌上用餐。		
		☐	☐	維持進餐愉悅氣氛，讓幼兒參與餐桌談話。		
2.口腔與視力保健	口腔清潔	☐	☐	餐後及睡前使用含氟牙膏，幫幼兒潔牙，二顆牙齒的臨接面，需使用牙線（棒）清潔。		
	視力保健	☐	☐	每半年定期看診牙醫及牙齒塗氟。		
3.預防事故傷害	安全照顧行為	☐	☐	藥品、清潔劑、殺蟲劑或其他危險物品，置於高處或鎖在櫥櫃、抽屜內。		
		☐	☐	電器用品應放置平穩不易傾倒，其電線收藏在幼兒無法碰觸或拉動之處。		
		☐	☐	避免幼兒夾傷，摺疊桌放置在幼兒無法接觸到的地方。		
	幼兒外出	☐	☐	教導幼兒穿越馬路「停看聽」的正確交通行為，且在過馬路時仍應牽住幼兒的手腕。		
		☐	☐	避免使用機車或自行車搭載寶寶。		
		☐	☐	務必使用汽車安全座椅，並予以束縛或定位於後座。		
※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870						
醫療院所名稱及代碼		衛教指導對象與寶寶關係		醫師簽章		
				指導日期 年 月 日		

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第七次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（三至未滿七歲）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐補助」】

姓 名		出生日期	年	月	日	身分證字號						
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點								
		未做到	已做到									
1.兒童習慣養成	飲食習慣	☐	☐	少喝含糖飲料。選擇營養食物，避免高油、高糖、高鹽及重口味的食物或零食。								
		☐	☐	攝取均衡飲食，著重多樣性蔬菜水果。避免給予兒童零食，且家中不要存放過多零食。								
	用餐環境	☐	☐	用餐時應讓幼兒坐穩，避免邊玩邊吃。								
		☐	☐	用餐應固定地點，讓兒童坐高腳椅，並與家人一起用餐。								
		☐	☐	避免在兒童房放置電視，除兒童易受電視食品廣告影響外，長期久坐會有肥胖風險。								
2.口腔與視力保健	口腔清潔	☐	☐	餐後及睡前使用含氟牙膏，幫幼兒潔牙，二顆牙齒的鄰接面，需使用牙線（棒）清潔。								
		☐	☐	每半年定期看診牙醫及牙齒塗氟。								
	視力保健	☐	☐	二歲以上兒童每天看螢幕不要超過一小時。								
		☐	☐	用眼三十分鐘，休息十分鐘，且避免長時間近距離用眼。								
3.預防事故傷害	安全照顧行為	☐	☐	不可讓兒童獨處或託付給未成年者照顧。								
		☐	☐	避免兒童接觸打火機或家中火源。								
		☐	☐	刀剪或其他危險物品，應置於高處或鎖在櫥櫃、抽屜內。								
	幼兒外出	☐	☐	避免幼兒發生墜樓的意外，窗戶、陽台旁不可放置可供孩童攀爬的家具、花盆或其他雜物。								
		☐	☐	使用符合身高體重之兒童安全座椅，固定於後座。								
禁止讓兒童獨自留在車內、儲水容器邊、池塘邊、河邊、游泳池及游泳池邊、海邊。												
※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870												
醫療院所名稱及代碼		衛教指導對象與寶寶關係			醫師簽章							
					指導日期 年 月 日							

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。

二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。

三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第七次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（三至未滿七歲）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐補助」】

姓 名		出生日期	年	月	日	身分證字號						
衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點								
		未做到	已做到									
1.兒童習慣養成	飲食習慣	☐	☐	少喝含糖飲料。選擇營養食物，避免高油、高糖、高鹽及重口味的食物或零食。								
		☐	☐	攝取均衡飲食，著重多樣性蔬菜水果。避免給予兒童零食，且家中不要存放過多零食。								
	用餐環境	☐	☐	用餐時應讓幼兒坐穩，避免邊玩邊吃。								
		☐	☐	用餐應固定地點，讓兒童坐高腳椅，並與家人一起用餐。								
		☐	☐	避免在兒童房放置電視，除兒童易受電視食品廣告影響外，長期久坐會有肥胖風險。								
2.口腔與視力保健	口腔清潔	☐	☐	餐後及睡前使用含氟牙膏，幫幼兒潔牙，二顆牙齒的鄰接面，需使用牙線（棒）清潔。								
		☐	☐	每半年定期看診牙醫及牙齒塗氟。								
	視力保健	☐	☐	二歲以上兒童每天看螢幕不要超過一小時。								
		☐	☐	用眼三十分鐘，休息十分鐘，且避免長時間近距離用眼。								
3.預防事故傷害	安全照顧行為	☐	☐	不可讓兒童獨處或託付給未成年者照顧。								
		☐	☐	避免兒童接觸打火機或家中火源。								
		☐	☐	刀剪或其他危險物品，應置於高處或鎖在櫥櫃、抽屜內。								
	幼兒外出	☐	☐	避免幼兒發生墜樓的意外，窗戶、陽台旁不可放置可供孩童攀爬的家具、花盆或其他雜物。								
		☐	☐	使用符合身高體重之兒童安全座椅，固定於後座。								
禁止讓兒童獨自留在車內、儲水容器邊、池塘邊、河邊、游泳池及游泳池邊、海邊。												
※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870												
醫療院所名稱及代碼		衛教指導對象與寶寶關係			醫師簽章							
					指導日期 年 月 日							

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。

二、本次衛教指導請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。

三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

附表一之 十一

健康署新生兒聽力篩檢資料電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項：

1. 申報檢查結果資料或確診追蹤資料電子檔，其檔案第一筆必須按下列格式輸入醫療機構聯絡資料，俾利回復資料檢核結果。
2. 格式欄位 V 為必填、△為非必填。
3. 英數文字請使用英數半型字元輸入，請勿使用全型數字字元（如：1 2 3 4 5 6 7 8 9 0）。

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	母親身分證號碼	文字	10	V	國民身分證或統一編號
2	母親姓名	文字	10	V	
3	新生兒胎次	文字	10	V	0-單胎、1-多胎(A)、2-多胎(B)、3-多胎(C)、4-多胎(D)、5-多胎(E)、6-多胎(F)
4	第一次篩檢日期	文字	8	V	YYYYMMDD
5	第一次篩檢右耳結果	文字	1	V	1.通過：聽力 < 40 dBnHL 2.不通過：聽力 ≥ 40 dBnHL，須進行第 2 次篩檢
6	第一次篩檢左耳結果	文字	1	V	1.通過：聽力 < 40 dBnHL 2.不通過：聽力 ≥ 40 dBnHL，須進行第 2 次篩檢
7	第二次篩檢日期	文字	8	V	YYYYMMDD
8	第二次篩檢右耳結果	文字	1	V	1.通過：聽力 < 40 dBnHL 2.不通過：聽力 ≥ 40 dBnHL，須進行轉介
9	第二次篩檢左耳結果	文字	1	V	1.通過：聽力 < 40 dBnHL 2.不通過：聽力 ≥ 40 dBnHL，須進行轉介
10	篩檢結果	文字	1	V	1.通過：聽力 < 40 dBnHL 2.不通過：聽力 ≥ 40 dBnHL，第 2 次篩檢聽力 ≥ 40 dBnHL 須進行轉介 3.不確定：第 1 次篩檢不通過，未做第 2 次篩檢
11	醫療機構代碼	文字	10	V	
12	轉介醫療機構代碼	文字	10	V	
13	第一次健保卡類別	文字	10	V	1:依附母親 2:依附父親 3:新生兒健保卡 4:無健保卡

附表一之十

健康署新生兒聽力篩檢資料電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項：

1. 申報檢查結果資料或確診追蹤資料電子檔，其檔案第一筆必須按下列格式輸入醫療機構聯絡資料，俾利回復資料檢核結果。
2. 格式欄位 V 為必填、△為非必填。
3. 英數文字請使用英數半型字元輸入，請勿使用全型數字字元（如：1 2 3 4 5 6 7 8 9 0）。

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	母親身分證號碼	文字	10	V	國民身分證或統一編號
2	母親姓名	文字	10	V	
3	新生兒胎次	文字	10	V	0-單胎、1-多胎(A)、2-多胎(B)、3-多胎(C)、4-多胎(D)、5-多胎(E)、6-多胎(F)
4	第一次篩檢日期	文字	8	V	YYYYMMDD
5	第一次篩檢右耳結果	文字	1	V	1.通過：聽力 < 40 dBnHL 2.不通過：聽力 ≥ 40 dBnHL，須進行第 2 次篩檢
6	第一次篩檢左耳結果	文字	1	V	1.通過：聽力 < 40 dBnHL 2.不通過：聽力 ≥ 40 dBnHL，須進行第 2 次篩檢
7	第二次篩檢日期	文字	8	V	YYYYMMDD
8	第二次篩檢右耳結果	文字	1	V	1.通過：聽力 < 40 dBnHL 2.不通過：聽力 ≥ 40 dBnHL，須進行轉介
9	第二次篩檢左耳結果	文字	1	V	1.通過：聽力 < 40 dBnHL 2.不通過：聽力 ≥ 40 dBnHL，須進行轉介
10	篩檢結果	文字	1	V	1.通過：聽力 < 40 dBnHL 2.不通過：聽力 ≥ 40 dBnHL，第 2 次篩檢聽力 ≥ 40 dBnHL 須進行轉介 3.不確定：第 1 次篩檢不通過，未做第 2 次篩檢
11	醫療機構代碼	文字	10	V	
12	轉介醫療機構代碼	文字	10	V	
13	第一次健保卡類別	文字	10	V	1:依附母親 2:依附父親 3:新生兒健保卡 4:無健保卡

修正附表標號。

14	第二次健保卡類別	文字	10	V	1:依附母親 2:依附父親 3:新生兒健保卡 4:無健保卡
15	第一次證號	文字	10	V	
16	第二次證號	文字	10	V	
17	第一次執行聽力篩檢醫事人員身分類別	文字	10	V	1:耳鼻喉科醫師 2:聽力師 3:其他醫事人員
18	第二次執行聽力篩檢醫事人員身分類別	文字	10	V	1:耳鼻喉科醫師 2:聽力師 3:其他醫事人員
19	第一次執行聽力篩檢醫事人員證號	文字	10	V	
20	第二次執行聽力篩檢醫事人員證號	文字	10	V	

備註：新生兒聽力檢查結果如左、右耳皆＜40 dBnHL（篩檢儀器設定為 35 dBnHL）為通過免進行第 2 次篩檢，如左、右耳或其中一耳聽力 ≥40 dBnHL（篩檢儀器設定為 35 dBnHL）為不通過，須進行第 2 次篩檢。

14	第二次健保卡類別	文字	10	V	1:依附母親 2:依附父親 3:新生兒健保卡 4:無健保卡
15	第一次證號	文字	10	V	
16	第二次證號	文字	10	V	
17	第一次執行聽力篩檢醫事人員身分類別	文字	10	V	1:耳鼻喉科醫師 2:聽力師 3:其他醫事人員
18	第二次執行聽力篩檢醫事人員身分類別	文字	10	V	1:耳鼻喉科醫師 2:聽力師 3:其他醫事人員
19	第一次執行聽力篩檢醫事人員證號	文字	10	V	
20	第二次執行聽力篩檢醫事人員證號	文字	10	V	

備註：新生兒聽力檢查結果如左、右耳皆＜40 dBnHL（篩檢儀器設定為 35 dBnHL）為通過免進行第 2 次篩檢，如左、右耳或其中一耳聽力 ≥40 dBnHL（篩檢儀器設定為 35 dBnHL）為不通過，須進行第 2 次篩檢。

附表一之十 **十二**

健康署兒童健康檢查紀錄結果表單電子檔申報格式

(每筆長度：212 BYTES)

項次	資料名稱	格式	資料說明
1	資料格式	X (1)	1：1 歲 6 個月至 2 歲兒童健康檢查紀錄； 2：3 至未滿 7 歲兒童健康檢查紀錄。
2	就醫日期	9 (7)	前 3 碼為民國年（右靠不足補 0），中 2 碼為月份，後 2 碼為日數（如：0980630 表示 98 年 6 月 30 日），以實際就醫日期填寫。
3	性別	X (1)	1：男；2：女。 性別檢查原則，請參考備註一。
4	身分證統一編號	X (10)	國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼（如無居留證號碼請填護照號碼），左靠不足補空白。身分證統一編號檢查原則，請參考備註二。
5	出生日期	X (7)	前 3 碼為民國年（右靠不足補 0），中 2 碼為月份，後 2 碼為日數。
6	現住地鄉鎮市區	X (4)	鄉鎮市區代碼 4 碼，非郵遞區號（請參考最新版鄉鎮市區代碼對照表）
7	身長/身高	9 (5) v9	單位：公分，取至小數點下 1 位，第 2 位四捨五入，4 位整數，1 位小數右靠，小數點不需表示，右靠不足補 0。
8	體重	9 (4) v9	單位：公斤，取至小數點下 1 位，第 2 位四捨五入，3 位整數，1 位小數右靠，小數點不需表示，右靠不足補 0。
9	頭圍	9 (4) v9	單位：公分，取至小數點下 1 位，第 2 位四捨五入，3 位整數，1 位小數右靠，小數點不需表示，右靠不足補 0。【1 歲 6 個月至 2 歲兒童測量】
10	健康評估	X (1)	1：無明顯異常。 2：需注意或異常項目。 請參見備註三。
11	需注意或異常項目-生長評估	X (1)	0：無；1：有。 請參見備註四。
12	建議處置-生長評估	X (1)	0：無。 1：建議定期追蹤。 2：建議轉介，進一步檢查。 請參見備註四。
13	需注意或異常項目-身體檢查	X (1)	0：無；1：有。 請參見備註四。

附表一之十一

健康署兒童健康檢查紀錄結果表單電子檔申報格式

(每筆長度：212 BYTES)

項次	資料名稱	格式	資料說明
1	資料格式	X (1)	1：1 歲 6 個月至 2 歲兒童健康檢查紀錄； 2：3 至未滿 7 歲兒童健康檢查紀錄。
2	就醫日期	9 (7)	前 3 碼為民國年（右靠不足補 0），中 2 碼為月份，後 2 碼為日數（如：0980630 表示 98 年 6 月 30 日），以實際就醫日期填寫。
3	性別	X (1)	1：男；2：女。 性別檢查原則，請參考備註一。
4	身分證統一編號	X (10)	國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼（如無居留證號碼請填護照號碼），左靠不足補空白。身分證統一編號檢查原則，請參考備註二。
5	出生日期	X (7)	前 3 碼為民國年（右靠不足補 0），中 2 碼為月份，後 2 碼為日數。
6	現住地鄉鎮市區	X (4)	鄉鎮市區代碼 4 碼，非郵遞區號（請參考最新版鄉鎮市區代碼對照表）
7	身長/身高	9 (5) v9	單位：公分，取至小數點下 1 位，第 2 位四捨五入，4 位整數，1 位小數右靠，小數點不需表示，右靠不足補 0。
8	體重	9 (4) v9	單位：公斤，取至小數點下 1 位，第 2 位四捨五入，3 位整數，1 位小數右靠，小數點不需表示，右靠不足補 0。
9	頭圍	9 (4) v9	單位：公分，取至小數點下 1 位，第 2 位四捨五入，3 位整數，1 位小數右靠，小數點不需表示，右靠不足補 0。【1 歲 6 個月至 2 歲兒童測量】
10	健康評估	X (1)	1：無明顯異常。 2：需注意或異常項目。 請參見備註三。
11	需注意或異常項目-生長評估	X (1)	0：無；1：有。 請參見備註四。
12	建議處置-生長評估	X (1)	0：無。 1：建議定期追蹤。 2：建議轉介，進一步檢查。 請參見備註四。
13	需注意或異常項目-身體檢查	X (1)	0：無；1：有。 請參見備註四。

修正附表標號。

14	建議處置-身體檢查	X (1)	0：無。 1：建議定期追蹤。 2：建議轉介，進一步檢查。 請參見備註四。
15	需注意或異常項目-發展評估	X (1)	0：無；1：有。請參見備註四。
16	建議處置-發展評估	X (1)	0：無。 1：建議定期追蹤。 2：建議轉介，進一步檢查。 請參見備註四。
17	生長評估需注意或異常項目-身高問題	X (1)	0：無；1：有。
18	生長評估需注意或異常項目-體重問題	X (1)	0：無；1：有。
19	生長評估需注意或異常項目-頭圍問題	X (1)	0：無；1：有。【限1歲6個月至2歲兒童】
20	身體檢查需注意或異常項目-一般檢查	X (1)	0：無；1：有。請參見備註五。
21	一般檢查需注意或異常項目-頭	X (1)	0：無；1：有。
22	一般檢查需注意或異常項目-皮膚	X (1)	0：無；1：有。
23	一般檢查需注意或異常項目-耳朵	X (1)	0：無；1：有。
24	一般檢查需注意或異常項目-口	X (1)	0：無；1：有。
25	一般檢查需注意或異常項目-咽	X (1)	0：無；1：有。
26	一般檢查需注意或異常項目-頸	X (1)	0：無；1：有。
27	一般檢查需注意或異常項目-胸	X (1)	0：無；1：有。
28	一般檢查需注意或異常項目-心音	X (1)	0：無；1：有。
29	一般檢查需注意或異常項目-腹	X (1)	0：無；1：有。
30	一般檢查需注意或異常項目-四肢	X (1)	0：無；1：有。
31	一般檢查需注意或異常項目-外生殖器	X (1)	0：無；1：有。
32	一般檢查需注意或異常項目-神經肌肉發展	X (1)	0：無；1：有。
33	一般檢查需注意或異常項目-其他	X (1)	0：無；1：有。
34	身體檢查需注意或異常項目-眼睛檢查	X (1)	0：無；1：有。
35	身體檢查需注意或異常項目-對聲音反應	X (1)	0：無；1：有。
36	身體檢查需注意或異常項目-口腔檢查	X (1)	0：無；1：有。
37	【1歲6個月至2歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-動作	X (1)	0：無；1：有。請參見備註六。
38	發展異常題項（題項A1）	X (1)	0：無；1：有。【1歲6個月至2歲兒童測量】
39	發展異常題項（題項A2）	X (1)	0：無；1：有。【1歲6個月至2歲兒童測量】
40	發展異常題項（題項A10）	X (1)	0：無；1：有。【1歲6個月至2歲兒童測量】
41	【1歲6個月至2歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-語言	X (1)	0：無；1：有。請參見備註六。

65	【3至未滿7歲之3至4歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-社會情緒	X (1)	0：無；1：有。請參見備註六。
66	發展異常題項（題項B4）	X (1)	0：無；1：有【3至未滿7歲之3至4歲兒童 測量】
67	發展異常題項（題項B6）	X (1)	0：無；1：有【3至未滿7歲之3至4歲兒童 測量】
68	【3至未滿7歲之3至4歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-其他	X (1)	0：無；1：有。請參見備註六。
69	【3至未滿7歲之4至7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-動作	X (1)	0：無；1：有。請參見備註六。
70	發展異常題項（題項C1）	X (1)	0：無；1：有【3至未滿7歲之4至7歲兒童 測量】
71	發展異常題項（題項C2）	X (1)	0：無；1：有【3至未滿7歲之4至7歲兒童 測量】
72	發展異常題項（題項C3）	X (1)	0：無；1：有【3至未滿7歲之4至7歲兒童 測量】
73	發展異常題項（題項C5）	X (1)	0：無；1：有【3至未滿7歲之4至7歲兒童 測量】
74	發展異常題項（題項C9）	X (1)	0：無；1：有【3至未滿7歲之4至7歲兒童 測量】
75	【3至未滿7歲之4至7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-語言	X (1)	0：無；1：有。請參見備註六。
76	發展異常題項（題項C7）	X (1)	0：無；1：有【3至未滿7歲之4至7歲兒童 測量】
77	發展異常題項（題項C8）	X (1)	0：無；1：有【3至未滿7歲之4至7歲兒童 測量】
78	發展異常題項（題項C9）	X (1)	0：無；1：有【3至未滿7歲之4至7歲兒童 測量】
79	【3至未滿7歲之4至7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-認知	X (1)	0：無；1：有。請參見備註六。
80	發展異常題項（題項C6）	X (1)	0：無；1：有【3至未滿7歲之4至7歲兒童 測量】
81	發展異常題項（題項C9）	X (1)	0：無；1：有【3至未滿7歲之4至7歲兒童 測量】
82	【3至未滿7歲之4至7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-社會情緒	X (1)	0：無；1：有。請參見備註六。
83	發展異常題項（題項C4）	X (1)	0：無；1：有【3至未滿7歲之4至7歲兒童 測量】

84	【3至未滿7歲之4至7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-其他	X (1)	0：無；1：有。請參見備註六。
85	健保卡就醫序號	X (4)	預防保健請填「IC+預防保健之服務時程代碼」，僅為第五次或第七次補助時程之就醫序號，請參考備註七。
86	特約醫事機構代碼	X (10)	衛生福利部編定之代碼。
87	特殊記載	X (30)	如有特殊利用情形者，請敘明。 中英文字至多鍵入30個BYTES，左靠不足補中文空白（BIG-5碼請補滿30個BYTES）。
88	保留欄位	X (30)	預留欄位用。
89	受檢保險對象姓名	X (20)	左靠不足補中文空白（BIG-5碼請補滿20個BYTES），如為外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形，不足補英文空白（姓名欄為檔案最後之欄位）。

備註：

- 一、性別檢查原則：請特約醫事服務機構參考健保署之「住院醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明」，所訂身分證統一編號欄位之性別檢查原則，該填表說明更新時，本申報格式之性別檢查原則亦隨之更新。
- 二、身分證統一編號檢查原則：請特約醫事服務機構參考健保署「門診醫療服務醫令清單媒體申報格式及填表說明」，該填表說明更新時，本申報格式之身分證統一編號檢查原則亦隨之更新。
- 三、「健康評估」欄位
 - (一) 填寫「無明顯異常」者，則無須填寫「需注意或異常項目」相關欄位。
 - (二) 填寫「需注意或異常項目」者，請進一步填寫「需注意或異常項目」之選項（包括「生長評估」、「身體檢查」及「發展評估」等3項），若有多項需注意或異常項目，請同時填報。
- 四、「建議處置」欄位（限填寫「需注意或異常項目」者填報）
 - (一) 填寫「建議定期追蹤」者，無須填寫「需注意或異常項目」。
 - (二) 填寫「建議轉介，進一步檢查」者，則依據前一步驟填寫「需注意或異常項目」之項目，說明如下：
 - 1、若填寫「生長評估」者，則須進一步填寫「身高問題」、「體重問題」及「頭圍問題」等細項欄位（其中「頭圍問題」僅限1歲6個月至2歲兒童），若有多項需注意或異常項目，請同時填報。
 - 2、若填寫「身體檢查」，則須進一步填寫「一般檢查」、「眼睛檢查」、「對聲音反應」、「口腔檢查」等細項欄位，若有多項需注意或異常項目，請同時填報。
 - 3、若填寫「發展評估」者，則須進一步填寫「動作」、「語言」、「認知」、「社會情緒」及「其他」等細項欄位，若有多項需注意或異常項目，請同時填報。
- 五、「身體檢查需注意或異常項目」欄位：有填寫「一般檢查」者，必須進一步填寫需注意或異常項目部位有哪些（若有多項需注意或異常項目，請同時填報）。
- 六、「發展異常題項」欄位（若有多項需注意或異常項目，請同時填報）
 - (一)「健康署【一歲六個月至二歲】兒童健康檢查紀錄結果表單」（適用年齡為18≤檢查年月-出生年月≤24者）
 - 1、「發展狀況需注意或異常項目」為「動作」者，請填寫異常題項：A1、A2或A10。
 - 2、「發展狀況需注意或異常項目」為「語言」者，請填寫異常題項：A3、A4、A5或A7。
 - 3、「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者，請填寫異常題項：A4或A9。
 - 4、「發展狀況需注意或異常項目」為「社會情緒」者，請填寫異常題項：A6或A8。
 - (二)「健康署【三至未滿七歲】兒童健康檢查紀錄結果表單」（適用年齡為36≤檢查年月-出生年月≤84者）
 - 1、年齡3至4歲者
 - (1)「發展狀況需注意或異常項目」為「動作」者，請填寫異常題項：B1、B2、B3或B7。
 - (2)「發展狀況需注意或異常項目」為「語言」者，請填寫異常題項：B5、B9或B10。

84	【3至未滿7歲之4至7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-其他	X (1)	0：無；1：有。請參見備註六。
85	健保卡就醫序號	X (4)	預防保健請填「IC+預防保健之服務時程代碼」，僅為第五次或第七次補助時程之就醫序號，請參考備註七。
86	特約醫事機構代碼	X (10)	衛生福利部編定之代碼。
87	特殊記載	X (30)	如有特殊利用情形者，請敘明。 中英文字至多鍵入30個BYTES，左靠不足補中文空白（BIG-5碼請補滿30個BYTES）。
88	保留欄位	X (30)	預留欄位用。
89	受檢保險對象姓名	X (20)	左靠不足補中文空白（BIG-5碼請補滿20個BYTES），如為外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形，不足補英文空白（姓名欄為檔案最後之欄位）。

備註：

- 一、性別檢查原則：請特約醫事服務機構參考健保署之「住院醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明」，所訂身分證統一編號欄位之性別檢查原則，該填表說明更新時，本申報格式之性別檢查原則亦隨之更新。
- 二、身分證統一編號檢查原則：請特約醫事服務機構參考健保署「門診醫療服務醫令清單媒體申報格式及填表說明」，該填表說明更新時，本申報格式之身分證統一編號檢查原則亦隨之更新。
- 三、「健康評估」欄位
 - (一) 填寫「無明顯異常」者，則無須填寫「需注意或異常項目」相關欄位。
 - (二) 填寫「需注意或異常項目」者，請進一步填寫「需注意或異常項目」之選項（包括「生長評估」、「身體檢查」及「發展評估」等3項），若有多項需注意或異常項目，請同時填報。
- 四、「建議處置」欄位（限填寫「需注意或異常項目」者填報）
 - (一) 填寫「建議定期追蹤」者，無須填寫「需注意或異常項目」。
 - (二) 填寫「建議轉介，進一步檢查」者，則依據前一步驟填寫「需注意或異常項目」之項目，說明如下：
 - 1、若填寫「生長評估」者，則須進一步填寫「身高問題」、「體重問題」及「頭圍問題」等細項欄位（其中「頭圍問題」僅限1歲6個月至2歲兒童），若有多項需注意或異常項目，請同時填報。
 - 2、若填寫「身體檢查」，則須進一步填寫「一般檢查」、「眼睛檢查」、「對聲音反應」、「口腔檢查」等細項欄位，若有多項需注意或異常項目，請同時填報。
 - 3、若填寫「發展評估」者，則須進一步填寫「動作」、「語言」、「認知」、「社會情緒」及「其他」等細項欄位，若有多項需注意或異常項目，請同時填報。
- 五、「身體檢查需注意或異常項目」欄位：有填寫「一般檢查」者，必須進一步填寫需注意或異常項目部位有哪些（若有多項需注意或異常項目，請同時填報）。
- 六、「發展異常題項」欄位（若有多項需注意或異常項目，請同時填報）
 - (一)「健康署【一歲六個月至二歲】兒童健康檢查紀錄結果表單」（適用年齡為18≤檢查年月-出生年月≤24者）
 - 1、「發展狀況需注意或異常項目」為「動作」者，請填寫異常題項：A1、A2或A10。
 - 2、「發展狀況需注意或異常項目」為「語言」者，請填寫異常題項：A3、A4、A5或A7。
 - 3、「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者，請填寫異常題項：A4或A9。
 - 4、「發展狀況需注意或異常項目」為「社會情緒」者，請填寫異常題項：A6或A8。
 - (二)「健康署【三至未滿七歲】兒童健康檢查紀錄結果表單」（適用年齡為36≤檢查年月-出生年月≤84者）
 - 1、年齡3至4歲者
 - (1)「發展狀況需注意或異常項目」為「動作」者，請填寫異常題項：B1、B2、B3或B7。
 - (2)「發展狀況需注意或異常項目」為「語言」者，請填寫異常題項：B5、B9或B10。

(3)「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者，請填寫異常題項：B8 或 B11。 (4)「發展狀況需注意或異常項目」為「社會情緒」者，請填寫異常題項：B6 或 B4。 2、年齡 4 至 7 歲者 (1)「發展狀況需注意或異常項目」為「動作」者，請填寫異常題項：C1、C2、C3、C5 或 C9。 (2)「發展狀況需注意或異常項目」為「語言」者，請填寫異常題項：C7、C8 或 C9。 (3)「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者，請填寫異常題項：C6、C9。 (4)「發展狀況需注意或異常項目」為「社會情緒」者，請填寫異常題項：C4。 七、第 5 次或第 7 次兒童健康檢查就醫序號填報方式，IC76 為第 5 次（1 歲 6 個月至 2 歲），IC79 為第 7 次（3 至未滿 7 歲）。 八、各項次資料請務必詳實填寫，不符個案受檢年齡之欄位，文字欄位補空白，數字欄位補 0，如經檢核有錯誤者，將以退件處理。	(3)「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者，請填寫異常題項：B8 或 B11。 (4)「發展狀況需注意或異常項目」為「社會情緒」者，請填寫異常題項：B6 或 B4。 2、年齡 4 至 7 歲者 (1)「發展狀況需注意或異常項目」為「動作」者，請填寫異常題項：C1、C2、C3、C5 或 C9。 (2)「發展狀況需注意或異常項目」為「語言」者，請填寫異常題項：C7、C8 或 C9。 (3)「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者，請填寫異常題項：C6、C9。 (4)「發展狀況需注意或異常項目」為「社會情緒」者，請填寫異常題項：C4。 七、第 5 次或第 7 次兒童健康檢查就醫序號填報方式，IC76 為第 5 次（1 歲 6 個月至 2 歲），IC79 為第 7 次（3 至未滿 7 歲）。 八、各項次資料請務必詳實填寫，不符個案受檢年齡之欄位，文字欄位補空白，數字欄位補 0，如經檢核有錯誤者，將以退件處理。	
---	---	--

酌文字修正。

附表二之二 產前檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼		就醫序號		服務對象及建議時程	服務內容	補助金額	
						醫療院所	助產所
40	5A	IC40	IC5A	第一次 (第八週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、流產徵兆、高危險妊娠及早期營養衛教指導。	340	272
41	5B	IC41	IC5B	第二次 (第十二週)	一、於妊娠八週以後或第二次檢查須包括下列檢查項目 (一)問診：家庭疾病史、過去疾病史、過去孕產史、本胎不適症狀、戒煙習慣查詢。 (二)身體檢查：體重、身高、血壓、甲狀腺、乳房、骨盆腔檢查、胸部及腹部檢查。 (三)實驗室檢驗：血液常規項目(包括白血球(WBC)、紅血球(RBC)、血小板(Plt)、血球容積比(Hct)、血色素(Hb)、平均紅血球體積(MCV)、血型、Rh因子、德國麻疹抗體Rubella IgG及B型肝炎血清標誌檢驗HBsAg、HBeAg(惟因特殊情況無法於本次檢查者，可於第八次孕婦產前檢查時接受本項檢查)、VDRL或RPR(梅毒檢查)及尿液常規。 二、例行檢查項目。(註一) 三、德國麻疹抗體檢查呈陰性之孕婦，應在產後儘速注射一劑麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗，該劑疫苗免費。	735 (不含 Rubella IgG及 HBsAg、 HBeAg)	652 (不含 Rubella IgG及 HBsAg、 HBeAg)
42	5C	IC42	IC5C	第三次 (第十六週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、早產防治衛教指導。	340	272
43	5D	IC43	IC5D	第四次 (第二十週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、早產防治衛教指導。	340	272
44	5E	IC44	IC5E	第五次 (第二十四週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、早產徵兆及早期營養衛教指導。	340	272
45	5F	IC45	IC5F	第六次 (第二十八週)	例行檢查項目。(註一)	340	272

附表二之二 產前檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼		就醫序號		服務對象及建議時程	服務內容	補助金額	
						醫療院所	助產所
40	5A	IC40	IC5A	第一次 (第八週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、流產徵兆、高危險妊娠及早期營養衛教指導。	340	272
41	5B	IC41	IC5B	第二次 (第十二週)	一、於妊娠八週以後或第二次檢查須包括下列檢查項目 (一)問診：家庭疾病史、過去疾病史、過去孕產史、本胎不適症狀、戒煙習慣查詢。 (二)身體檢查：體重、身高、血壓、甲狀腺、乳房、骨盆腔檢查、胸部及腹部檢查。 (三)實驗室檢驗：血液常規項目(包括白血球(WBC)、紅血球(RBC)、血小板(Plt)、血球容積比(Hct)、血色素(Hb)、平均紅血球體積(MCV)、血型、Rh因子、德國麻疹抗體Rubella IgG及B型肝炎血清標誌檢驗HBsAg、HBeAg(惟因特殊情況無法於本次檢查者，可於第八次孕婦產前檢查時接受本項檢查)、VDRL或RPR(梅毒檢查)及尿液常規。 二、例行檢查項目。(註一) 三、德國麻疹抗體檢查呈陰性之孕婦，應在產後儘速注射一劑麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗，該劑疫苗免費。	735 (不含 Rubella IgG及 HBsAg、 HBeAg)	652 (不含 Rubella IgG及 HBsAg、 HBeAg)
42	5C	IC42	IC5C	第三次 (第十六週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、早產防治衛教指導。	340	272
43	5D	IC43	IC5D	第四次 (第二十週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、早產防治衛教指導。	340	272
44	5E	IC44	IC5E	第五次 (第二十四週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、早產徵兆及早期營養衛教指導。	340	272
45	5F	IC45	IC5F	第六次 (第二十八週)	例行檢查項目。(註一)	340	272

46	5G	IC46	IC5G	妊娠第三期 孕婦 (妊娠二十九週以上)	第七次 (第三十週)	例行檢查項目。(註一)	340	272
47	5H	IC47	IC5H		第八次 (第三十二週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、於妊娠三十二週前後提供VDRL或其他實驗室檢驗。	403	335
48	5I	IC48	IC5I		第九次 (第三十四週)	例行檢查項目。(註一)	340	272
49	5J	IC49	IC5J		第十次 (第三十六週)	例行檢查項目。(註一)	340	272
50	5K	IC50	IC5K		第十一次 (第三十七週)	例行檢查項目。(註一)	340	272
51	5L	IC51	IC5L		第十二次 (第三十八週)	例行檢查項目。(註一)	340	272
52	5M	IC52	IC5M		第十三次 (第三十九週)	例行檢查項目。(註一)	340	272
53	5N	IC53	IC5N		第十四次 (第四十週)	例行檢查項目。(註一)	340	272
54	-	IC54	-	經醫療專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請： 因妊娠超過四十週仍有產檢需求且不符合健保給付範圍者，由醫事服務機構於事前填具理由向健康署申請。(註二)			340	-
60	6A	IC40 ~ IC42	IC5A ~ IC5C	第一次超音波檢查：建議於妊娠第八週至第十六週提供一次超音波檢查。確定胎兒心跳，評估著床位置、胎數、胎兒大小及預產期。(註三)			550	526
61	6B	IC43 ~ IC46	IC5D ~ IC5G	第二次超音波檢查：建議於妊娠第二十週前後提供一次超音波檢查。檢查胎數、胎兒大小測量、心跳、胎盤位置、羊水量。(註三)			550	526
62	6C	IC47 ~ IC53	IC5H ~ IC5N	第三次超音波檢查：建議於妊娠第三十二週後提供一次超音波檢查。在妊娠後期或生產前，確定胎兒胎位或其他情形，以利生產方式的決定。檢查心跳、胎位、胎兒大小測量、胎盤位置及羊水量。(註三)			550	526
55	6D	IC44 ~ IC45	IC5E ~ IC5F	妊娠第二十四週至第二十八週貧血檢驗(CBC III-(WBC、RBC、Hb、Hct、MCV)及血小板計數)。(註四)			130	130
56	6E	IC44 ~ IC45	IC5E ~ IC5F	妊娠第二十四週至第二十八週妊娠糖尿病篩檢(空腹及口服七十五公克葡萄糖一小時及二小時後血漿葡萄糖測定)。(註五)			194	194
63	63	IC40 ~ IC53	IC5A ~ IC5N	母嬰親善醫療機構產前檢查母乳衛教指導，每案每次增加之費用。 限健康署認證之母嬰親善醫療機構始得申報。			20	20

46	5G	IC46	IC5G	妊娠第三期 孕婦 (妊娠二十九週以上)	第七次 (第三十週)	例行檢查項目。(註一)	340	272
47	5H	IC47	IC5H		第八次 (第三十二週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、於妊娠三十二週前後提供VDRL或其他實驗室檢驗。	403	335
48	5I	IC48	IC5I		第九次 (第三十四週)	例行檢查項目。(註一)	340	272
49	5J	IC49	IC5J		第十次 (第三十六週)	例行檢查項目。(註一)	340	272
50	5K	IC50	IC5K		第十一次 (第三十七週)	例行檢查項目。(註一)	340	272
51	5L	IC51	IC5L		第十二次 (第三十八週)	例行檢查項目。(註一)	340	272
52	5M	IC52	IC5M		第十三次 (第三十九週)	例行檢查項目。(註一)	340	272
53	5N	IC53	IC5N		第十四次 (第四十週)	例行檢查項目。(註一)	340	272
54	-	IC54	-	經醫療專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請： 因妊娠超過四十週仍有產檢需求且不符合健保給付範圍者，由醫事服務機構於事前填具理由向健康署申請。(註二)			340	-
60	6A	IC40 ~ IC42	IC5A ~ IC5C	第一次超音波檢查：建議於妊娠第八至十六週提供一次超音波檢查。確定胎兒心跳，評估著床位置、胎數、胎兒大小及預產期。(註三)			550	526
61	6B	IC43 ~ IC46	IC5D ~ IC5G	第二次超音波檢查：建議於妊娠第二十週前後提供一次超音波檢查。檢查胎數、胎兒大小測量、心跳、胎盤位置、羊水量。(註三)			550	526
62	6C	IC47 ~ IC53	IC5H ~ IC5N	第三次超音波檢查：建議於妊娠第三十二週後提供一次超音波檢查。在妊娠後期或生產前，確定胎兒胎位或其他情形，以利生產方式的決定。檢查心跳、胎位、胎兒大小測量、胎盤位置及羊水量。(註三)			550	526
55	6D	IC44 ~ IC45	IC5E ~ IC5F	妊娠第二十四至二十八週貧血檢驗(CBC III-(WBC、RBC、Hb、Hct、MCV)及血小板計數)。(註四)			130	130
56	6E	IC44 ~ IC45	IC5E ~ IC5F	妊娠第二十四至二十八週妊娠糖尿病篩檢(空腹及口服七十五公克葡萄糖一小時及二小時後血漿葡萄糖測定)。(註五)			194	194
63	63	IC40 ~ IC53	IC5A ~ IC5N	母嬰親善醫療機構產前檢查母乳衛教指導，每案每次增加之費用。 限健康署認證之母嬰親善醫療機構始得申報。			20	20

64	65	IC41 、 IC47	IC5B、 IC5H	Rubella IgG實驗室檢驗（於第二次孕婦產前檢查提供一次檢驗服務，惟因特殊情況無法於本次檢查者，可改於第八次孕婦產前檢查接受本項檢查。）（註六）	216	216
69	70	IC41 、 IC47	IC5B、 IC5H	HBsAg、HBeAg（於第二次孕婦產前檢查提供一次檢驗服務，惟因特殊情況無法於本次檢查者，可改於第八次孕婦產前檢查接受本項檢查。）（註七）	450	450
66	67	IC48 ~ IC51	IC5I ~ IC5L	產前乙型鏈球菌篩檢(孕婦建議於妊娠第三十五週至第三十七週產前檢查時提供一次。)(註八)	500 (註九)	500 (註九)
68	-	IC40 ~ IC47	-	早產住院安胎者住院期間執行孕婦乙型鏈球菌篩檢（註八）： 一、懷孕週數未滿三十五週，若因早產而住院之懷孕婦女，得由醫師專業醫療判定，提供本項篩檢。 二、因早產而住院並已接受乙型鏈球菌篩檢之孕婦後，若距上次篩檢時間已超過五週以上，且仍未生產者，仍可依醫師判斷再次進行本項篩檢。	500 (註九)	-
98	98	IC40 ~ IC42	IC5A ~ IC5C	經醫師診斷、確認懷孕後至妊娠未滿十七週 產前健康照護衛教指導： 一、針對具有危害健康行為之因子（如吸菸、二手菸、喝酒、嚼檳榔及使用毒品），及孕期重要健康議題（如維持母胎安全、孕期營養、兩性平權），提供衛教評估及個別衛教指導。 二、依孕婦健康需求執行，可搭配第一次至第三次孕婦產前檢查任一次執行指導。	100	100
99	99	IC46 ~ IC53	IC5G ~ IC5N	妊娠第二十九週以上 產前健康照護衛教指導： 一、針對具有危害健康行為之因子（如吸菸、二手菸、喝酒、嚼檳榔及使用毒品），及孕期重要健康議題（如維持母胎安全、孕期營養、孕期心理適應、生產準備計畫及母乳哺育），提供衛教評估及個別衛教指導。 二、依孕婦健康需求執行，可搭配第七次至第十四次孕婦產檢任一次執行指導。	100	100

64	65	IC41 、 IC47	IC5B 、 IC5H	Rubella IgG實驗室檢驗（於第二次孕婦產前檢查提供一次檢驗服務，惟因特殊情況無法於本次檢查者，可改於第八次孕婦產前檢查接受本項檢查。）（註六）	216	216
69	70	IC41 、 IC47	IC5B 、 IC5H	HBsAg、HBeAg（於第二次孕婦產前檢查提供一次檢驗服務，惟因特殊情況無法於本次檢查者，可改於第八次孕婦產前檢查接受本項檢查。）（註七）	450	450
66	67	IC48 ~ IC51	IC5I ~ IC5L	產前乙型鏈球菌篩檢(孕婦建議於妊娠第三十五至三十七週產前檢查時提供一次。)(註八)	500 (註九)	500 (註九)
68	-	IC40 ~ IC47	-	早產住院安胎者住院期間執行孕婦乙型鏈球菌篩檢（註八）： 一、懷孕週數未滿三十五週，若因早產而住院之懷孕婦女，得由醫師專業醫療判定，提供本項篩檢。 二、因早產而住院並已接受乙型鏈球菌篩檢之孕婦後，若距上次篩檢時間已超過五週以上，且仍未生產者，仍可依醫師判斷再次進行本項篩檢。	500 (註九)	-
98	98	IC40 ~ IC42	IC5A ~ IC5C	經醫師診斷、確認懷孕後至妊娠未滿十七週 產前健康照護衛教指導： 一、針對具有危害健康行為之因子（如吸菸、二手菸、喝酒、嚼檳榔及使用毒品），及孕期重要健康議題（如維持母胎安全、孕期營養、兩性平權），提供衛教評估及個別衛教指導。 二、依孕婦健康需求執行，可搭配第一次至第三次孕婦產前檢查任一次執行指導。	100	100
99	99	IC46 ~ IC53	IC5G ~ IC5N	妊娠第二十九週以上 產前健康照護衛教指導： 一、針對具有危害健康行為之因子（如吸菸、二手菸、喝酒、嚼檳榔及使用毒品），及孕期重要健康議題（如維持母胎安全、孕期營養、孕期心理適應、生產準備計畫及母乳哺育），提供衛教評估及個別衛教指導。 二、依孕婦健康需求執行，可搭配第七次至第十四次孕婦產檢任一次執行指導。	100	100

附表二之二十三

健康署經醫療專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請表

姓 名		身分證字號											
產檢院所 名稱		產檢院所 醫事機構代碼											
專案申請 日期	年 月 日	預產期	年 月 日										
預定產檢日	年 月 日	預定產檢日之 懷孕週數	☐ 四十一週 ☐ 四十二週										
☐ 經本院（所）確認此個案因妊娠超過四十週仍有產檢需求者且不符合健保給付範圍者													

備註：

- 一、本專案申請僅接受事前申請，申請院所請至健康署婦幼健康管理整合系統。
(<https://mbh.hpa.gov.tw/Web/Notice.aspx>)進行線上申請，並於健康署核定後方可提供服務。
- 二、每人每胎專案申請二次(第四十一週及第四十二週)為限。
- 三、預定產檢日之懷孕週數為第四十一週：專案申請日期開放於預產期(含)前七日內申請，且預定產檢日須於預產期後七日內。
- 四、預定產檢日之懷孕週數為第四十二週：專案申請日期開放於預產期後七日內申請，且預定產檢日須於預產期(含)後八日至十四日內。

附表二之二十三

健康署經醫療專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請表

姓 名		身分證字號											
產檢院所 名稱		產檢院所 醫事機構代碼											
專案申請 日期	年 月 日	預產期	年 月 日										
預定產檢日	年 月 日	預定產檢日之 懷孕週數	☐ 四十一週 ☐ 四十二週										
☐ 經本院（所）確認此個案因妊娠超過四十週仍有產檢需求者且不符合健保給付範圍者													

備註：

- 一、本專案申請僅接受事前申請，申請院所請至健康署婦幼健康管理整合系統。
(<https://mbh.hpa.gov.tw/Web/Notice.aspx>)進行線上申請，並於健康署核定後方可提供服務。
- 二、每人每胎專案申請二次(第四十一週及第四十二週)為限。
- 三、預定產檢日之懷孕週數為第四十一週：專案申請日期開放於預產期(含)前七日內申請，且預定產檢日須於預產期後七日內。
- 四、預定產檢日之懷孕週數為第四十二週：專案申請日期開放於預產期後七日內申請，且預定產檢日須於預產期(含)後八至十四日內。

酌文字修正。

附表三之一 執行婦女子宮頸抹片檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格		
服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
子宮頸抹片採樣	一、特約醫事服務機構如為醫療院所（含衛生所），應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師。 二、若衛生所執業登記醫師非屬婦產科或家庭醫學科專科醫師，須完成健康署核可之子宮頸抹片採樣訓練者，或一百一十年後經相關專業醫學會（例台灣婦產科醫學會、台灣婦癌醫學會及相關學會）完成子宮頸抹片採樣訓練者，方得申請辦理。 三、如為助產所，應有登記執業之專任助產人員。 四、如為執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所公衛護士，得於設站時執行子宮頸抹片採樣。	一、特約醫事服務機構應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師，並由前述人員執行採檢。 二、在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科或家庭醫學科專科之醫師，須完成健康署核可之子宮頸抹片採樣訓練者，或一百一十年後經相關專業醫學會（例如台灣婦產科醫學會、台灣婦癌醫學會及相關學會）完成子宮頸抹片採樣訓練者，並由前述人員執行採檢。 三、如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員，並由前述人員執行採檢。 四、設站時，執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所公衛護士，得執行子宮頸抹片採檢。
子宮頸細胞病理檢驗	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。	執行人員資格詳見「預防保健服務之子宮頸細胞病理診斷單位資格審查原則」附件一、資格審查作業規定之資格審查表「人員資格」規定。

其他應配合事項：

一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源為「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐經費補助」。

二、特約醫事服務機構申請子宮頸抹片檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意。

三、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理。

四、經全民健康保險停約處分之醫事人員，於停約期間對補助對象提供之預防保健服務費用，準用全民健康保險法令規定，不予支付。

五、衛生局應每月將申報 IC38 之助產人員或衛生所公衛護士之名單，依格式上傳健康署指定系統。

六、申請醫令代碼 33 費用者，應為通過健康署子宮頸細胞病理診斷單位資格審查之醫事機構。

附表三之一 執行婦女子宮頸抹片檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格		
服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
子宮頸抹片採樣	一、特約醫事服務機構如為醫療院所（含衛生所），應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師。 二、若衛生所執業登記醫師非屬婦產科或家庭醫學科專科醫師，須為一百零八年前完成健康署核可之子宮頸抹片採樣訓練者，或一百一十年後經相關專業醫學會（例台灣婦產科醫學會、台灣婦癌醫學會及相關學會）完成子宮頸抹片採樣訓練者，方得申請辦理。 三、如為助產所，應有登記執業之專任助產人員。 四、如為執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所公衛護士，得於設站時執行子宮頸抹片採樣。	一、特約醫事服務機構應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師，並由前述人員執行採檢。 二、在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科或家庭醫學科專科之醫師，須為一百零八年前完成健康署核可之子宮頸抹片採樣訓練者，或一百一十年後經相關專業醫學會（例如台灣婦產科醫學會、台灣婦癌醫學會及相關學會）完成子宮頸抹片採樣訓練者，並由前述人員執行採檢。 三、如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員，並由前述人員執行採檢。 四、設站時，執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所公衛護士，得執行子宮頸抹片採檢。
子宮頸細胞病理檢驗	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。	執行人員資格詳見「預防保健服務之子宮頸細胞病理診斷單位資格審查原則」附件一、資格審查作業規定之資格審查表「人員資格」規定。

其他應配合事項：

一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源為「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐經費補助」。

二、特約醫事服務機構申請子宮頸抹片檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意。

三、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理。

四、經全民健康保險停約處分之醫事人員，於停約期間對補助對象提供之預防保健服務費用，準用全民健康保險法令規定，不予支付。

五、設站篩檢應先報經當地衛生局同意，衛生局應每月將申報 IC38 的助產人員或衛生所公衛護士之名單給健康署。

六、申請醫令代碼 33 費用者，應為通過健康署子宮頸細胞病理診斷單位資格審查之醫事機構。

一、修正子宮頸抹片採樣之特約醫事服務機構資格及執行人員資格說明。

二、修正申報 IC38 的助產人員或衛生所公衛護士之名單說明。

附表三之二 婦女子宮頸抹片檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額 (單位：新臺幣元)					附表三之二 婦女子宮頸抹片檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額 (單位：新臺幣元)					一、修正子宮頸抹片採樣費用說明。 二、修正子宮頸細胞病理檢驗費用說明。 三、修正醫令代碼 33 之就醫序號為 IC33。 四、新增備註之雙子宮頸說明。	
醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額	醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額		
31	IC31	三十歲以上婦女每年一次（醫療院所）	1.子宮頸抹片採樣 2.骨盆腔檢查	230	31	IC31	三十歲以上婦女每年一次（醫療院所）	1.子宮頸抹片採樣 2.骨盆腔檢查	230		
35	IC35	三十歲以上婦女每年一次（助產所）	子宮頸抹片採樣	120	35	IC35	三十歲以上婦女每年一次（助產所）	子宮頸抹片採樣	120		
38	IC38	三十歲以上婦女每年一次（設站篩檢，執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所公衛護士）	子宮頸抹片採樣	120	38	IC38	三十歲以上婦女每年一次（設站篩檢，執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所公衛護士）	子宮頸抹片採樣	120		
37	IC37	三十歲以上婦女每年一次（衛生所執業，執業登記非屬婦產科或家庭醫學科專科之醫師）	子宮頸抹片採樣 （未含骨盆腔檢查）	175	37	IC37	三十歲以上婦女每年一次（衛生所執業，執業登記非屬婦產科或家庭醫學科專科之醫師）	子宮頸抹片採樣 （未含骨盆腔檢查）	175		
33	IC33	三十歲以上婦女每年一次	子宮頸細胞病理檢驗	200	33	IC31	三十歲以上婦女每年一次	子宮頸細胞病理檢驗	200		
備註： 一、有關性別、年齡條件及篩檢間隔條件之檢核條件如下： （一）性別為「女性」。 （二）年齡與間隔時間皆以「年份」做檢核條件： 1、年齡條件定義為「就醫年一出生年≥30」。 2、篩檢間隔條件為「當次就醫年一前次就醫年≥1」。 二、衛生所申報子宮頸抹片採樣費用（代碼 37）之條件如下：在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科或家庭醫學科專科之醫師，須完成健康署核可之子宮頸抹片採樣訓練者或一百一十一年後經相關專業醫學會（例如台灣婦產科醫學會、台灣婦癌醫學會及相關學會）完成子宮頸抹片採樣訓練者。 三、申報子宮頸細胞病理檢驗費用之條件如下： （一）子宮頸抹片細胞病理診斷單位及檢驗人員每人每年工作量應符合健康署「預防保健服務之子宮頸細胞病理診斷單位資格審查原則」之規定。 （二）子宮頸細胞病理檢驗費應由通過健康署資格審查之子宮頸細胞病理診斷單位申報。 四、設站篩檢申報子宮頸抹片採樣費用（代碼 38）之條件如下：設站執行子宮頸抹片採檢，應由執業登記於醫事服務機構之專任助產人員或衛生所公衛護士執行抹片採檢。 五、具有「雙子宮頸」之三十歲以上婦女，病歷查證屬實，符合篩檢間隔條件下，雙側子宮頸同日得各執行一次預防保健子宮頸抹片檢查服務。					備註： 一、有關性別、年齡條件及篩檢間隔條件之檢核條件如下： （一）性別為「女性」。 （二）年齡與間隔時間皆以「年份」做檢核條件： 1、年齡條件定義為「就醫年一出生年≥30」。 2、篩檢間隔條件為「當次就醫年一前次就醫年≥1」。 二、衛生所申報子宮頸抹片採樣費用（代碼 37）之條件如下：在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科或家庭醫學科專科之醫師，須為一百零八年完成健康署核可之子宮頸抹片採樣訓練者或一百一十一年後經相關專業醫學會（例如台灣婦產科醫學會、台灣婦癌醫學會及相關學會）完成子宮頸抹片採樣訓練者。 三、申報子宮頸細胞病理檢驗費用之條件如下： （一）子宮頸抹片細胞病理診斷單位及檢驗人員每人每年工作量應符合健康署「預防保健服務之子宮頸細胞病理診斷單位資格審查原則」之規定。其年度結算超出年規定合理量十分之一以上部分，本部不予核付費用。 （二）子宮頸細胞病理檢驗費應由通過健康署資格審查之子宮頸細胞病理診斷單位申報。 四、設站篩檢申報子宮頸抹片採樣費用（代碼 38）之條件如下：設站執行子宮頸抹片採檢，應由執業登記於醫事服務機構之專任助產人員或衛生所公衛護士執行抹片採檢。						

附表三之三 婦女子宮頸抹片檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存		附表三之三 婦女子宮頸抹片檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存		新增服務對象資格查核之雙子宮頸內容說明。
類別	內容	類別	內容	
服務對象資格查核	一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨菸服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健子宮頸抹片檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。 二、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄並依序申報。 三、三十歲以上女性每年一次，年齡條件定義為「就醫年－出生年≥ 30」、篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年≥ 1」。 <u>四、具有「雙子宮頸」之三十歲以上婦女，病歷查證屬實，符合篩檢間隔條件下，雙側子宮頸同日得各執行一次預防保健子宮頸抹片檢查服務，並應製作二份「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（附表三之四）併同病歷保存。</u>	一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨菸服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健子宮頸抹片檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。 二、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄並依序申報。 三、三十歲以上女性每年一次，年齡條件定義為「就醫年－出生年≥ 30」、篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年≥ 1」。		
表單填寫與保存	一、辦理婦女子宮頸抹片檢查服務者，應將「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表三之四）及「子宮頸（陰道）切片個案資料登記表」（如附表三之五）詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統。 二、雙子宮頸個案病歷請併同「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（附表三之四）保存，供健康署備查。	表單填寫與保存	一、辦理婦女子宮頸抹片檢查服務者，應將「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表三之四）及「子宮頸（陰道）切片個案資料登記表」（如附表三之五）詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統。 二、雙子宮頸個案病歷請併同「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（附表三之四）保存，供健康署備查。	

附表三之四 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

*國籍：①本國 ②外籍人士
 *抹片車或設站篩檢：①否 ②抹片車 ③設站篩檢
 *1.支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付
 ③其他公務預算補助 ④其他
 ⑤難判重做 ⑥自費健康檢查
 時程代碼：_____

一、個人基本資料（檢查婦女填寫）

*2.姓名：_____
 *3.出生日期：民國____年____月____日
 *4.身分證統一編號或統一證號：
 □□□□□□□□□□
 *5.電話：_____
 *6.教育：①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職
 ⑤專科、大學 ⑥研究所以以上 ⑦拒答
 *7.現住址：
 縣 鄉鎮 村 路
 _____市_____市區_____里_____（街）_____段
 _____巷_____弄_____號_____樓_____（鄉鎮代碼）
 縣 鄉鎮
 *8.戶籍住址：_____市_____市區_____（鄉鎮代碼）

二、個案臨床資料（檢查婦女填寫）

9.最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內
 ③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
 10.已停經？（一年無月經）①是 ②否 ③不知道
 11.最後一次月經日期：民國____年____月____日
 12.現在是否懷孕？①是 ②否 ③不知道
 *13.子宮是否切除？①是 ②否 ③不知道
 *14.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道
 *15.是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有
 HPV疫苗) ①是，民國____年 ②否 ③不知道
 *16.是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測？
 ①是 ②否 ③不知道

(1)有無自覺症狀?如非月經期間不正常陰道出血及異常分泌物
 ①是 ②否 ③不知道
 (2)本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用

確認以上資料正確無誤：_____（簽名）

三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫）

17.病歷號：_____
 *18.抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日
 *19.抹片檢體取樣機構：名稱_____
 （代碼10碼）_____
 *20.抹片檢體取樣人員（姓名）：_____
抹片檢體取樣人員(執業登記執照字號):
 ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士
 ⑤衛生所醫師（非屬①②）
 *21.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤
 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他
 22.臨床所見（含骨盆腔檢查結果）：_____

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」
 三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）

*23.抹片細胞病理編號：_____
 *24.抹片判讀機構：名稱_____
 （代碼10碼）_____
 *25.抹片收到日期：民國____年____月____日
 *26.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本 ③其他

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）

*27.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他
 *28.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
 *29.抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個）
 ①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
 ③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
 ⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑）
 ⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他_____
 *30.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas
 ③Herpes ④Shift in flora (bacterial vaginosis)
 ⑤Actinomyces ⑥Others_____
 *31.細胞病理診斷（只可單選）：_____
 NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY
 Within normal limit _____①
 Reactive changes: Inflammation, repair,
 radiation, and others _____②
 trophy with inflammation _____③
 ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
 Atypical squamous cells (ASC-US) _____④
 Atypical squamous cells cannot exclude HSIL _____⑥
 LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
 Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes _____⑧
 Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes _____⑦
 HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
 Moderate dysplasia (CIN2) _____⑨
 Severe dysplasia (CIN3) _____⑩
 Carcinoma in situ (CIN3) _____⑪
 SQUAMOUS CELL CARCINOMA _____⑫
 ATYPICAL GLANDULAR CELLS
 Atypical glandular cells _____⑬
 Atypical glandular cells favor neoplasm _____⑮
 ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU _____⑯
 ADENOCARCINOMA _____⑰
 OTHER MALIGNANT NEOPLASM _____⑱
 OTHER _____⑲
 Dysplasia cannot exclude HSIL _____⑲

32.子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是 ②否
 33.建議：
 ①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
 ②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
 ③抹片結果異常，請再做進一步檢查
 ④其他建議_____

*檢驗者（請簽名及填寫代碼）
 Cytotechnologist _____ Cytopathologist _____
 _____（____月____日）*
 *為必填之項目 *請輸入確診日期
 （113年1月修訂）

第一聯：病理醫療機構留存聯

附表三之四 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

*國籍：①本國 ②外籍人士
 *抹片車或設站篩檢：①否 ②抹片車 ③設站篩檢
 *1.支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付
 ③其他公務預算補助 ④其他
 ⑤難判重做 ⑥自費健康檢查
 時程代碼：_____

一、個人基本資料（檢查婦女填寫）

*2.姓名：_____
 *3.出生日期：民國____年____月____日
 *4.身分證統一編號或統一證號：
 □□□□□□□□□□
 *5.電話：_____
 *6.教育：①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職
 ⑤專科、大學 ⑥研究所以以上 ⑦拒答
 *7.現住址：
 縣 鄉鎮 村 路
 _____市_____市區_____里_____（街）_____段
 _____巷_____弄_____號_____樓_____（鄉鎮代碼）
 縣 鄉鎮
 *8.戶籍住址：_____市_____市區_____（鄉鎮代碼）

二、個案臨床資料（檢查婦女填寫）

9.最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內
 ③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
 10.已停經？（一年無月經）①是 ②否 ③不知道
 11.最後一次月經日期：民國____年____月____日
 12.現在是否懷孕？①是 ②否 ③不知道
 *13.子宮是否切除？①是 ②否 ③不知道
 *14.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道
 *15.是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有
 HPV疫苗) ①是，民國____年 ②否 ③不知道
 *16.是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測？
 ①是 ②否 ③不知道

*有無自覺症狀?如非月經期間不正常陰道出血及異常分泌物
 ①是 ②否 ③不知道
 *受檢者同意受檢簽名：_____

本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用

三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫）

17.病歷號：_____
 *18.抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日
 *19.抹片檢體取樣機構：名稱_____
 （代碼10碼）_____
 *20.抹片檢體取樣人員（姓名）：_____
 ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士
 ⑤衛生所醫師（非屬①②）
 *21.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤
 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他
 22.臨床所見（含骨盆腔檢查結果）：_____

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」

三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）

*23.抹片細胞病理編號：_____
 *24.抹片判讀機構：名稱_____
 （代碼10碼）_____
 *25.抹片收到日期：民國____年____月____日
 *26.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本 ③其他

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）

*27.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他
 *28.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
 *29.抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個）
 ①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
 ③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
 ⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑）
 ⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他_____
 *30.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas
 ③Herpes ④Shift in flora (bacterial vaginosis)
 ⑤Actinomyces ⑥Others_____
 *31.細胞病理診斷（只可單選）：_____
 NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY
 Within normal limit _____①
 Reactive changes: Inflammation, repair,
 radiation, and others _____②
 trophy with inflammation _____③
 ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
 Atypical squamous cells (ASC-US) _____④
 Atypical squamous cells cannot exclude HSIL _____⑥
 LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
 Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes _____⑧
 Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes _____⑦
 HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
 Moderate dysplasia (CIN2) _____⑨
 Severe dysplasia (CIN3) _____⑩
 Carcinoma in situ (CIN3) _____⑪
 SQUAMOUS CELL CARCINOMA _____⑫
 ATYPICAL GLANDULAR CELLS
 Atypical glandular cells _____⑬
 Atypical glandular cells favor neoplasm _____⑮
 ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU _____⑯
 ADENOCARCINOMA _____⑰
 OTHER MALIGNANT NEOPLASM _____⑱
 OTHER _____⑲
 Dysplasia cannot exclude HSIL _____⑲

32.子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是 ②否
 33.建議：
 ①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
 ②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
 ③抹片結果異常，請再做進一步檢查
 ④其他建議_____

*檢驗者（請簽名及填寫代碼）
 Cytotechnologist _____ Cytopathologist _____
 _____（____月____日）*
 *為必填之項目 *請輸入確診日期
 （111年3月修訂）

第一聯：病理醫療機構留存聯

一、修正簽名欄為之格式調整。

二、新增檢驗取樣人員執業登記字號。

三、修正修訂日期。

附表三之四 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

*國籍：①本國 ②外籍人士
*抹片車或設站篩檢：①否 ②抹片車 ③設站篩檢
*1.支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付
③其他公務預算補助 ④其他
⑤難判重做 ⑥自費健康檢查
時程代碼：_____

一、個人基本資料（檢查婦女填寫）

*2.姓名：_____
*3.出生日期：民國____年____月____日
*4.身分證統一編號或統一證號：_____
□□□□□□□□□□
*5.電話：_____
*6.教育：①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職
⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
*7.現住址：_____
縣 鄉鎮 村 路
____市 市區 里 (街) 段
____巷 弄 號 樓—____
(鄉鎮代碼)
縣 鄉鎮
*8.戶籍住址：____市 市區—____
(鄉鎮代碼)

二、個案臨床資料（檢查婦女填寫）

9.最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內
③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
10.已停經？（一年無月經）①是 ②否 ③不知道
11.最後一次月經日期：民國____年____月____日
12.現在是否懷孕？①是 ②否 ③不知道
*13.子宮是否切除？①是 ②否 ③不知道
*14.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道
*15.是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有
HPV疫苗) ①是，民國____年 ②否 ③不知道
*16.是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測？
①是 ②否 ③不知道

(1)有無自覺症狀？如非月經期間不正常陰道出血及異常分泌物
①是 ②否 ③不知道
(2)本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用

確認以上資料正確無誤：_____（簽名）

三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫）

17.病歷號：_____
*18.抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日
*19.抹片檢體取樣機構：名稱_____
(代碼10碼)_____
*20.抹片檢體取樣人員（姓名）：_____
抹片檢體取樣人員(執業登記執照字號)：_____
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士
⑤衛生所醫師（非屬①②）
*21.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤
④前次抹片難以判讀 ⑤其他
22.臨床所見（含骨盆腔檢查結果）：_____

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」
三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）

*23.抹片細胞病理編號：_____
*24.抹片判讀機構：名稱_____
(代碼10碼)_____
*25.抹片收到日期：民國____年____月____日
*26.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本 ③其他

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）

*27.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他
*28.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
*29.抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個）
①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑）
⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他_____
*30.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas
③Herpes ④Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑤Actinomyces ⑥Others_____
*31.細胞病理診斷（只可單選）：_____
NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY
Within normal limit_____①
Reactive changes: Inflammation, repair,
radiation, and others_____②
atrophy with inflammation_____③
ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
Atypical squamous cells (ASC-US)_____④
Atypical squamous cells cannot exclude HSIL_____⑤
LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes_____⑥
Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes_____⑦
HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Moderate dysplasia (CIN2)_____⑧
Severe dysplasia (CIN3)_____⑨
Carcinoma in situ (CIN3)_____⑩
SQUAMOUS CELL CARCINOMA_____⑪
ATYPICAL GLANDULAR CELLS
Atypical glandular cells_____⑫
Atypical glandular cells favor neoplasm_____⑬
ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU_____⑭
ADENOCARCINOMA_____⑮
OTHER MALIGNANT NEOPLASM_____⑯
OTHER_____⑰
Dysplasia cannot exclude HSIL_____⑱

32.子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是 ②否
33.建議：
①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
③抹片結果異常，請再做進一步檢查
④其他建議_____

*檢驗者（請簽名及填寫代碼）
Cytotechnologist _____
Cytopathologist _____
_____(月____日)*
*為必填之項目 *請輸入確診日期
(113年1月修訂)

第二聯：病理醫療機構回報採檢醫療機構聯

附表三之四 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

*國籍：①本國 ②外籍人士
*抹片車或設站篩檢：①否 ②抹片車 ③設站篩檢
*1.支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付
③其他公務預算補助 ④其他
⑤難判重做 ⑥自費健康檢查
時程代碼：_____

一、個人基本資料（檢查婦女填寫）

*2.姓名：_____
*3.出生日期：民國____年____月____日
*4.身分證統一編號或統一證號：_____
□□□□□□□□□□
*5.電話：_____
*6.教育：①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職
⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
*7.現住址：_____
縣 鄉鎮 村 路
____市 市區 里 (街) 段
____巷 弄 號 樓—____
(鄉鎮代碼)
縣 鄉鎮
*8.戶籍住址：____市 市區—____
(鄉鎮代碼)

二、個案臨床資料（檢查婦女填寫）

9.最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內
③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
10.已停經？（一年無月經）①是 ②否 ③不知道
11.最後一次月經日期：民國____年____月____日
12.現在是否懷孕？①是 ②否 ③不知道
*13.子宮是否切除？①是 ②否 ③不知道
*14.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道
*15.是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有
HPV疫苗) ①是，民國____年 ②否 ③不知道
*16.是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測？
①是 ②否 ③不知道

*有無自覺症狀？如非月經期間不正常陰道出血及異常分泌物
①是 ②否 ③不知道
*受檢者同意受檢簽名：_____

本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用

三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫）

17.病歷號：_____
*18.抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日
*19.抹片檢體取樣機構：名稱_____
(代碼10碼)_____
*20.抹片檢體取樣人員（姓名）：_____
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士
⑤衛生所醫師（非屬①②）
*21.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤
④前次抹片難以判讀 ⑤其他
22.臨床所見（含骨盆腔檢查結果）：_____

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」

三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）

*23.抹片細胞病理編號：_____
*24.抹片判讀機構：名稱_____
(代碼10碼)_____
*25.抹片收到日期：民國____年____月____日
*26.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本 ③其他

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）

*27.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他
*28.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
*29.抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個）
①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑）
⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他_____
*30.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas
③Herpes ④Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑤Actinomyces ⑥Others_____
*31.細胞病理診斷（只可單選）：_____
NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY
Within normal limit_____①
Reactive changes: Inflammation, repair,
radiation, and others_____②
atrophy with inflammation_____③
ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
Atypical squamous cells (ASC-US)_____④
Atypical squamous cells cannot exclude HSIL_____⑤
LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes_____⑥
Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes_____⑦
HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Moderate dysplasia (CIN2)_____⑧
Severe dysplasia (CIN3)_____⑨
Carcinoma in situ (CIN3)_____⑩
SQUAMOUS CELL CARCINOMA_____⑪
ATYPICAL GLANDULAR CELLS
Atypical glandular cells_____⑫
Atypical glandular cells favor neoplasm_____⑬
ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU_____⑭
ADENOCARCINOMA_____⑮
OTHER MALIGNANT NEOPLASM_____⑯
OTHER_____⑰
Dysplasia cannot exclude HSIL_____⑱

32.子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是 ②否
33.建議：
①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
③抹片結果異常，請再做進一步檢查
④其他建議_____

*檢驗者（請簽名及填寫代碼）
Cytotechnologist _____
Cytopathologist _____
_____(月____日)*
*為必填之項目 *請輸入確診日期
(111年3月修訂)

第二聯：病理醫療機構回報採檢醫療機構聯

一、修正簽名欄為之格式調整。

二、新增檢驗取樣人員執業登記字號。

三、修正修訂日期。

附表三之四 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用 藥品健康福利捐補助」

- *國籍：①本國 ②外籍人士
*抹片車或設站篩檢：①否 ②抹片車 ③設站篩檢
*1.支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付
③其他公務預算補助 ④其他
⑤難判重做 ⑥自費健康檢查
時程代碼：_____

一、個人基本資料（檢查婦女填寫）

- *2.姓名：_____
*3.出生日期：民國____年____月____日
*4.身分證統一編號或統一證號：
□□□□□□□□□□
*5.電話：_____
*6.教育：①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職
⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
*7.現住址：
縣 鄉鎮 村 路
市 市區 里 (街) 段
巷 弄 號 樓-_____
(鄉鎮代碼)
縣 鄉鎮
*8.戶籍住址：____市____市區-_____
(鄉鎮代碼)

二、個案臨床資料（檢查婦女填寫）

- 9.最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內
③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
10.已停經？（一年無月經）①是 ②否 ③不知道
11.最後一次月經日期：民國____年____月____日
12.現在是否懷孕？①是 ②否 ③不知道
*13.子宮是否切除？①是 ②否 ③不知道
*14.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道
*15.是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有
HPV疫苗) ①是，民國____年 ②否 ③不知道
*16.是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測？
①是 ②否 ③不知道

- (1)有無自覺症狀？如非月經期間不正常陰道出血及異常分泌物
①是 ②否 ③不知道
(2)本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用

確認以上資料正確無誤：_____（簽名）

三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫）

- 17.病歷號：_____
*18.抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日
*19.抹片檢體取樣機構：名稱_____
(代碼10碼)_____
*20.抹片檢體取樣人員（姓名）：_____
抹片檢體取樣人員(執業登記執照字號)：_____
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士
⑤衛生所醫師（非屬①②）
*21.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤
④前次抹片難以判讀 ⑤其他
22.臨床所見（含骨盆檢查結果）：_____

三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）

- *23.抹片細胞病理編號：_____
*24.抹片判讀機構：名稱_____
(代碼10碼)_____
*25.抹片收到日期：民國____年____月____日
*26.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本 ③其他

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）

- *27.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他
*28.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
*29.抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個）
①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑）
⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他_____
*30.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas
③Herpes ④Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑤Actinomyces ⑥Others_____
*31.細胞病理診斷（只可單選）：_____
NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY
Within normal limit _____①
Reactive changes: Inflammation, repair,
radiation, and others _____②
trophy with inflammation _____③
ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
Atypical squamous cells (ASC-US) _____④
Atypical squamous cells cannot exclude HSIL _____⑤
LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes _____⑥
Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes _____⑦
HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Moderate dysplasia (CIN2) _____⑧
Severe dysplasia (CIN3) _____⑨
Carcinoma in situ (CIN3) _____⑩
SQUAMOUS CELL CARCINOMA _____⑪
ATYPICAL GLANDULAR CELLS
Atypical glandular cells _____⑫
Atypical glandular cells favor neoplasm _____⑬
ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU _____⑭
ADENOCARCINOMA _____⑮
OTHER MALIGNANT NEOPLASM _____⑯
OTHER _____⑰
Dysplasia cannot exclude HSIL _____⑱

- 32.子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是 ②否
33.建議：
①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
③抹片結果異常，請再做進一步檢查
④其他建議_____

- *檢驗者（請簽名及填寫代碼）
Cytotechnologist _____
Cytopathologist _____
(____月____日)*
*為必填之項目 *請輸入確診日期
(113年1月修訂)

第三聯：病理醫療機構回報衛生所聯

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用 藥品健康福利捐補助」

附表三之四 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

- *國籍：①本國 ②外籍人士
*抹片車或設站篩檢：①否 ②抹片車 ③設站篩檢
*1.支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付
③其他公務預算補助 ④其他
⑤難判重做 ⑥自費健康檢查
時程代碼：_____

一、個人基本資料（檢查婦女填寫）

- *2.姓名：_____
*3.出生日期：民國____年____月____日
*4.身分證統一編號或統一證號：
□□□□□□□□□□
*5.電話：_____
*6.教育：①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職
⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
*7.現住址：
縣 鄉鎮 村 路
市 市區 里 (街) 段
巷 弄 號 樓-_____
(鄉鎮代碼)
縣 鄉鎮
*8.戶籍住址：____市____市區-_____
(鄉鎮代碼)

二、個案臨床資料（檢查婦女填寫）

- 9.最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內
③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
10.已停經？（一年無月經）①是 ②否 ③不知道
11.最後一次月經日期：民國____年____月____日
12.現在是否懷孕？①是 ②否 ③不知道
*13.子宮是否切除？①是 ②否 ③不知道
*14.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道
*15.是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有
HPV疫苗) ①是，民國____年 ②否 ③不知道
*16.是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測？
①是 ②否 ③不知道

- *有無自覺症狀？如非月經期間不正常陰道出血及異常分泌物
①是 ②否 ③不知道
*受檢者同意受檢簽名：_____
本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用

三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫）

- 17.病歷號：_____
*18.抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日
*19.抹片檢體取樣機構：名稱_____
(代碼10碼)_____
*20.抹片檢體取樣人員（姓名）：_____
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士
⑤衛生所醫師（非屬①②）
*21.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤
④前次抹片難以判讀 ⑤其他
22.臨床所見（含骨盆檢查結果）：_____

三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）

- *23.抹片細胞病理編號：_____
*24.抹片判讀機構：名稱_____
(代碼10碼)_____
*25.抹片收到日期：民國____年____月____日
*26.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本 ③其他

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）

- *27.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他
*28.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
*29.抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個）
①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑）
⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他_____
*30.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas
③Herpes ④Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑤Actinomyces ⑥Others_____
*31.細胞病理診斷（只可單選）：_____
NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY
Within normal limit _____①
Reactive changes: Inflammation, repair,
radiation, and others _____②
trophy with inflammation _____③
ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
Atypical squamous cells (ASC-US) _____④
Atypical squamous cells cannot exclude HSIL _____⑤
LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes _____⑥
Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes _____⑦
HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Moderate dysplasia (CIN2) _____⑧
Severe dysplasia (CIN3) _____⑨
Carcinoma in situ (CIN3) _____⑩
SQUAMOUS CELL CARCINOMA _____⑪
ATYPICAL GLANDULAR CELLS
Atypical glandular cells _____⑫
Atypical glandular cells favor neoplasm _____⑬
ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU _____⑭
ADENOCARCINOMA _____⑮
OTHER MALIGNANT NEOPLASM _____⑯
OTHER _____⑰
Dysplasia cannot exclude HSIL _____⑱

- 32.子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是 ②否
33.建議：
①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
③抹片結果異常，請再做進一步檢查
④其他建議_____

- *檢驗者（請簽名及填寫代碼）
Cytotechnologist _____
Cytopathologist _____
(____月____日)*
*為必填之項目 *請輸入確診日期
(111年3月修訂)

第三聯：病理醫療機構回報衛生所聯

一、修正簽名欄為之格式調整。

二、新增檢驗取樣人員執業登記字號。

三、修正修訂日期。

健康署子宮頸（陰道）切片個案資料登記表

申報機構名稱：_____ 填表人：_____ 申報日期：_____

1. 個案姓名：_____
2. 出生日期：民國_____年_____月_____日
3. 身分證統一編號或統一證號：
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：民國_____年_____月_____日
8. 切片報告日期：民國_____年_____月_____日
9. 病歷號：_____
10. 國籍別：☐ 1 本國人士 ☐ 2 外籍人士

11. 病理組織部位：(同筆切片可分子宮內頸及外頸：填 04、05)

01 子宮頸 04 子宮內頸 05 子宮外頸	☐ ☐	☐ ☐
02 陰道（備註：子宮頸全切除者申報陰道切片）	組織部位 1	組織部位 2
03 子宮內膜		
12. 手術方式：

01 全切除，例如：ATH, VTH, LAVH, radical hysterectomy, trachelectomy, vaginectomy 或其他方式	☐ ☐	☐ ☐
02 圓錐切片，例如：leep, conization, wedge resection 或其他方式	手術方式 1	手術方式 2
03 小切片，例如：punch, polypectomy, biopsy 或其他方式		
04 子宮頸管搔刮術（Endocervical curettage, ECC）		
05 子宮內膜搔刮術（Dilatation and curettage, D&C）		

說明：部位為子宮頸，手術方式可選填 01、02、03、04
部位為子宮內頸，手術方式可選填 01、02、03、04
 部位為子宮外頸，手術方式可選填 01、02、03
 部位為內膜，手術方式可選填 01、03、05
 部位為陰道，手術方式可選填 01、03
13. 子宮頸（陰道）病理組織切片結果（或診斷病名）：

00 Unremarkable cervical epithelium (no pathological change, no pathological diagnosis)	☐ ☐	☐ ☐
01 Benign epithelial lesion (Benign tumor, Inflammatory & reactive changes, myoma)	切片結果 1	切片結果 2
02 Mild dysplasia (Flat condyloma; CIN1; LSIL; VaIN1)		
03 Moderate dysplasia (CIN2; HSIL; VaIN2)		
04 Severe dysplasia (Carcinoma in situ; CIN3, HSIL, VaIN3)		
05 Squamous cell carcinoma		
06 Atypical glandular hyperplasia and dysplasia		
07 Adenocarcinoma in situ		
08 Adenocarcinoma		
09 Adenosquamous carcinoma		
10 Carcinoma (NOS, or other specific type)		
11 Mesenchymal tumor, benign		
12 Mesenchymal tumor, malignant		
14 Squamous cell atypia / ASCUS		
15 Dysplasia, Severity can not be determined		
88 Inadequate specimen	Others1	Others2
99 Others : _____		

健康署子宮頸（陰道）切片個案資料登記表

申報機構名稱：_____ 填表人：_____ 申報日期：_____

1. 個案姓名：_____
2. 出生日期：西元_____年_____月_____日
3. 身分證統一編號或統一證號：
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. 國籍別：☐ 1 本國人士 ☐ 2 外籍人士

11. 病理組織部位：(同筆切片可分子宮內頸及外頸：填 04、05)

01 子宮頸 04 子宮內頸 05 子宮外頸	☐ ☐	☐ ☐
02 陰道（備註：子宮頸全切除者申報陰道切片）	組織部位 1	組織部位 2
03 子宮內膜		
12. 手術方式：

01 全切除，例如：ATH, VTH, LAVH, radical hysterectomy, trachelectomy, vaginectomy 或其他方式	☐ ☐	☐ ☐
02 圓錐切片，例如：leep, conization, wedge resection 或其他方式	手術方式 1	手術方式 2
03 小切片，例如：punch, polypectomy, biopsy 或其他方式		
04 子宮頸管搔刮術（Endocervical curettage, ECC）		
05 子宮內膜搔刮術（Dilatation and curettage, D&C）		

說明：部位為子宮頸，手術方式可選填 01、02、03、04
 部位為子宮外頸，手術方式可選填 01、02、03
 部位為內膜，手術方式可選填 01、03、05
 部位為陰道，手術方式可選填 01、03
13. 子宮頸（陰道）病理組織切片結果（或診斷病名）：

00 Unremarkable cervical epithelium (no pathological change, no pathological diagnosis)	☐ ☐	☐ ☐
01 Benign epithelial lesion (Benign tumor, Inflammatory & reactive changes, myoma)	切片結果 1	切片結果 2
02 Mild dysplasia (Flat condyloma; CIN1; LSIL; VaIN1)		
03 Moderate dysplasia (CIN2; HSIL; VaIN2)		
04 Severe dysplasia (Carcinoma in situ; CIN3, HSIL, VaIN3)		
05 Squamous cell carcinoma		
06 Atypical glandular hyperplasia and dysplasia		
07 Adenocarcinoma in situ		
08 Adenocarcinoma		
09 Adenosquamous carcinoma		
10 Carcinoma (NOS, or other specific type)		
11 Mesenchymal tumor, benign		
12 Mesenchymal tumor, malignant		
14 Squamous cell atypia / ASCUS		
15 Dysplasia, Severity can not be determined		
88 Inadequate specimen	Others1	Others2
99 Others : _____		

一、新增手術方式之說明。

二、出生日期、切片日期及切片報告日期，修正為民國年。

附表四之一 執行婦女乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格 <table> <tr> <th>服務項目</th><th>特約醫事服務機構資格</th><th>執行人員資格</th></tr> <tr> <td>婦女乳房 X 光攝影檢查服務</td><td> 一、申請辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務者，應依健康署之預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則申請通過資格審查，或由當地衛生局報經健康署核准辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務。 二、經本部認可辦理預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查服務之醫事機構名單，將公告於健康署網站。 三、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之醫事機構，應配合健康署辦理後續審查。 </td><td> 一、辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之人員，應依健康署預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則檢附資料文件，通過資格審查後始得辦理。 二、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之人員，應配合健康署辦理後續審查。 </td></tr> </table> 其他應配合事項： 一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源為「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐經費補助」。 二、特約醫事服務機構申請婦女乳房 X 光攝影檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意，並依據健康署預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則之「以乳房 X 光攝影篩檢巡迴車執行婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢標準作業程序」辦理相關事項。 三、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理。 四、特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構，其年工作量超出健康署訂定標準者，本部得依下列標準不核付當年度部分篩檢費用： （一）特約醫事服務機構辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務，應符合健康署「預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則」之規定。其年度結算超出年規定合理量十分之一以上部分，本部不予核付費用。 （二）通過健康署「預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則」之所有放射師（士）之在職天數（含例假日）/365 天*6,000 案之總和，為該機構年乳房 X 光攝影檢查合理量。			服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格	婦女乳房 X 光攝影檢查服務	一、申請辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務者，應依健康署之預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則申請通過資格審查，或由當地衛生局報經健康署核准辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務。 二、經本部認可辦理預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查服務之醫事機構名單，將公告於健康署網站。 三、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之醫事機構，應配合健康署辦理後續審查。	一、辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之人員，應依健康署預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則檢附資料文件，通過資格審查後始得辦理。 二、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之人員，應配合健康署辦理後續審查。
服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格						
婦女乳房 X 光攝影檢查服務	一、申請辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務者，應依健康署之預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則申請通過資格審查，或由當地衛生局報經健康署核准辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務。 二、經本部認可辦理預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查服務之醫事機構名單，將公告於健康署網站。 三、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之醫事機構，應配合健康署辦理後續審查。	一、辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之人員，應依健康署預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則檢附資料文件，通過資格審查後始得辦理。 二、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之人員，應配合健康署辦理後續審查。						
附表四之一 執行婦女乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格 <table> <tr> <th>服務項目</th><th>特約醫事服務機構資格</th><th>執行人員資格</th></tr> <tr> <td>婦女乳房 X 光攝影檢查服務</td><td> 一、申請辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務者，應依健康署之預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則申請通過資格審查，或由當地衛生局報經健康署核准辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務。 二、經本部認可辦理預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查服務之醫事機構名單，將公告於健康署網站。 三、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之醫事機構，應配合健康署辦理後續審查。 </td><td> 一、辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之人員，應依健康署預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則檢附資料文件，通過資格審查後始得辦理。 二、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之人員，應配合健康署辦理後續審查。 </td></tr> </table> 其他應配合事項： 一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源為「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐經費補助」。 二、特約醫事服務機構申請婦女乳房 X 光攝影檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意，並依據健康署預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則之「以乳房 X 光攝影篩檢巡迴車執行婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢標準作業程序」辦理相關事項，<u>本部亦將不定期查核。特約醫事服務機構如未確實完成申請或申報不實者，本部得核扣該場次提供之所有婦女乳房 X 光攝影篩檢費用。</u> 三、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理；配合健康署及衛生局依本注意事項及「預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則」不定期查核及輔導。 四、特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構，其年工作量超出健康署訂定標準者，本部得依下列標準不核付當年度部分篩檢費用： （一）特約醫事服務機構辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務，<u>其放射師每人每年工作量應符合健康署「預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則」之規定。其年度結算超出年規定合理量十分之一以上部分，本部不予核付費用。</u> （二）<u>每名通過健康署「預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則」之放射師（士）每年之合理乳房 X 光攝影檢查數量為 6,000 案；所有放射師（士）之在職天數（含例假日）/365 天*6,000 案之總和，為該機構年乳房 X 光攝影檢查合理量。</u>			服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格	婦女乳房 X 光攝影檢查服務	一、申請辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務者，應依健康署之預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則申請通過資格審查，或由當地衛生局報經健康署核准辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務。 二、經本部認可辦理預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查服務之醫事機構名單，將公告於健康署網站。 三、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之醫事機構，應配合健康署辦理後續審查。	一、辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之人員，應依健康署預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則檢附資料文件，通過資格審查後始得辦理。 二、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之人員，應配合健康署辦理後續審查。
服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格						
婦女乳房 X 光攝影檢查服務	一、申請辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務者，應依健康署之預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則申請通過資格審查，或由當地衛生局報經健康署核准辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務。 二、經本部認可辦理預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查服務之醫事機構名單，將公告於健康署網站。 三、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之醫事機構，應配合健康署辦理後續審查。	一、辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之人員，應依健康署預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則檢附資料文件，通過資格審查後始得辦理。 二、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之人員，應配合健康署辦理後續審查。						

修正其他應配合事項之第二點、第三點及第四點說明。

附表四之二 婦女乳房 X 光攝影檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
91	IC91	四十五歲以上至未滿七十歲之婦女，每二年一次。	乳房 X 光攝影	1,245
93	IC93	四十歲以上至未滿四十五歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女，每二年一次。	乳房 X 光攝影	1,245

備註：

一、有關性別、篩檢間隔及年齡條件之檢核條件如下：

(一) 性別為「女性」。

(二) 篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年—前次就醫年 ≥ 2 」。

(三) 補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為：

1、代碼 91 之年齡條件為「 $45 \leq$ 就醫年—出生年 ≤ 70 」；2、代碼 93 之年齡與資格為「 $40 \leq$ 就醫年—出生年 ≤ 44 」，醫療院所須要求受檢婦女檢具其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件（如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書），並留存影本於病歷中備查。

二、加強篩檢疑似異常個案追蹤：

特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構，其篩檢疑似異常個案追蹤完成率未達標準者，本部得依下表規定核付當年度篩檢費用：

(一) 計算方式

二個月內篩檢疑似異常個案追蹤完成率	當年度總補助篩檢金額
70% $\leq$ 追蹤完成率 < 75%	- 5%
65% $\leq$ 追蹤完成率 < 70%	- 10%
60% $\leq$ 追蹤完成率 < 65%	- 15%
追蹤完成率 < 60%	- 20%

(二) 篩檢疑似異常個案數以健康署篩檢資料庫數據進行統計，計算期間為當年度一月一日至十二月三十一日。

(三) 篩檢疑似異常個案中之 category「0」、「4」、「5」追蹤完成率=篩檢疑似異常個案中之 category「0」、「4」、「5」已追蹤完成數/篩檢疑似異常個案中之 category「0」、「4」、「5」數。

(四) 前項計算方式之分子篩檢疑似異常個案中之 category「0」、「4」、「5」追蹤完成數為特約醫事服務機構婦女乳房 X 光攝影篩檢結果為 category「0」、「4」、「5」之個案接受後續複檢、確診或手術人數；複檢、確診或手術醫院為本院或外院均列入計算。

(五) 篩檢疑似異常個案 (category「0」、「3」、「4」、「5」) 完成追蹤之定義：category「0」的個案須於二個月內完成複檢；category「3」的個案須於六個月至十二個月完成複檢；category「4」、「5」的個案 (含 category「0」的個案複檢結果為 category「4」、「5」的個案) 須於二個月內完成確診；確診結果為乳癌者，須追蹤其是否接受手術，無手術者，應說明個案未手術理由，健康署得依理由合理性，評估是否列為完成追蹤數。

(六) 如特約醫事服務機構同時有院內攝影儀器及乳攝車，分開計算。

附表四之二 婦女乳房 X 光攝影檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
91	IC91	四十五歲以上至未滿七十歲之婦女，每二年一次。	乳房 X 光攝影	1,245
93	IC93	四十歲以上至未滿四十五歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女，每二年一次。	乳房 X 光攝影	1,245

備註：

一、有關性別、篩檢間隔及年齡條件之檢核條件如下：

(一) 性別為「女性」。

(二) 篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年—前次就醫年 ≥ 2 」。

(三) 補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為：

1、代碼 91 之年齡條件為「 $45 \leq$ 就醫年—出生年 ≤ 70 」；2、代碼 93 之年齡與資格為「 $40 \leq$ 就醫年—出生年 ≤ 44 」，醫療院所須要求受檢婦女檢具其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件（如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書），並留存影本於病歷中備查。

二、加強篩檢疑似異常個案追蹤：

特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構，其篩檢疑似異常個案追蹤完成率未達標準者，本部得依下表規定核付當年度篩檢費用：

(一) 計算方式

二個月內篩檢疑似異常個案追蹤完成率	當年度總補助篩檢金額
70% $\leq$ 追蹤完成率 < 75%	- 5%
65% $\leq$ 追蹤完成率 < 70%	- 10%
60% $\leq$ 追蹤完成率 < 65%	- 15%
追蹤完成率 < 60%	- 20%

(二) 篩檢疑似異常個案數以健康署篩檢資料庫數據進行統計，計算期間為當年度一月一日至十二月三十一日。

(三) 篩檢疑似異常個案中之 category「0」、「4」、「5」追蹤完成率=篩檢疑似異常個案中之 category「0」、「4」、「5」已追蹤完成數/篩檢疑似異常個案中之 category「0」、「4」、「5」數。

(四) 前項計算方式之分子篩檢疑似異常個案中之 category「0」、「4」、「5」追蹤完成數為特約醫事服務機構婦女乳房 X 光攝影篩檢結果為 category「0」、「4」、「5」之個案接受後續複檢、確診或手術人數；複檢、確診或手術醫院為本院或外院均列入計算。

(五) 篩檢疑似異常個案 (category「0」、「3」、「4」、「5」) 完成追蹤之定義：category「0」的個案須於二個月內完成複檢；category「3」的個案須於六至十二個月完成複檢；category「4」、「5」的個案 (含 category「0」的個案複檢結果為 category「4」、「5」的個案) 須於二個月內完成確診；確診結果為乳癌者，須追蹤其是否接受手術，無手術者，應說明個案未手術理由，健康署得依理由合理性，評估是否列為完成追蹤數。

(六) 如特約醫事服務機構同時有院內攝影儀器及乳攝車，分開計算。

酌文字修正。

附表四之三 婦女乳房 X 光攝影檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存		附表四之三 婦女乳房 X 光攝影檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存		修正表單填寫與保存內容說明。
類別	內容	類別	內容	
服務對象資格查核	一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。 二、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄並依序申報；特約醫事服務機構須要求四十歲以上至未滿四十五歲接受乳房 X 光攝影檢查之婦女檢具其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件（如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書，如附表四之五），並留存於病歷中備查。 三、特約醫事服務機構如於社區辦理婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢服務，應於提供服務前，由乳房 X 光攝影放射師確實評估民眾是否適合當場接受檢查，及填具婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢評估表（如附表四之八），並留存於病歷中備查。	服務對象資格查核	一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。 二、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄並依序申報；特約醫事服務機構須要求四十歲以上至未滿四十五歲接受乳房 X 光攝影檢查之婦女檢具其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件（如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書，如附表四之五），並留存於病歷中備查。 三、特約醫事服務機構如於社區辦理婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢服務，應於提供服務前，由乳房 X 光攝影放射師確實評估民眾是否適合當場接受檢查，及填具婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢評估表（如附表四之八），並留存於病歷中備查。	修正表單填寫與保存內容說明。
表單填寫與保存	辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務者，應將「健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表四之四）、「健康署四十歲以上至未滿四十五歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女乳房 X 光攝影檢查服務聲明書」（如附表四之五）、「健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表」（如附表四之六）、「健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表」（如附表四之七）詳實記載，並登錄上傳至健康署指定之系統。	表單填寫與保存	一、辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務者，應將「健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表四之四）、「健康署四十歲以上至未滿四十五歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女乳房 X 光攝影檢查服務聲明書」（如附表四之五）、「健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表」（如附表四之六）、「健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表」（如附表四之七）詳實記載，並登錄上傳至健康署指定之系統。 <u>二、辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構，應比同醫療法規定，將前述相關檢查表單及乳房 X 光攝影影像，確實製作病歷或製作紀錄，並依保存年限規定保存。</u>	

附表四之四

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單

支付方式： ☐ 預防保健； ☐ 健保醫療給付； ☐ 其他公務預算補助； ☐ 自費健康檢查； ☐ 其他。													
乳房攝影車篩檢： ☐ 否（儀器登設字_____；所屬單位院所名稱_____；機構代碼_____）； ☐ 是（儀器登設字_____；所屬單位院所名稱_____；機構代碼_____；車號_____）。													
病歷號：													
個人基本資料（檢查婦女填寫）													
姓名	身分證統一編號 統一證號（外籍）												
出生日期	年 月 日 聯絡資訊 電話：（ ） 手機：												
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣 市 鄉 村 路 段 巷 號 市 區 鎮 里 街 弄 樓												
教育	☐ 無； ☐ 小學； ☐ 國（初）中； ☐ 高中/高職； ☐ 專科、大學； ☐ 研究所以上； ☐ 拒答。												
其它資訊	身高： 公分；體重： 公斤。												
個案臨床資料（檢查婦女填寫）													
疾病史	有無得過下列疾病？ ☐ 有，疾病為： ☐ 乳房良性相關疾病； ☐ 乳癌； ☐ 其他癌症： ； ☐ 無。												
家族史	與您有血緣的家屬中，有無人得過乳癌？ ☐ 有，請填下方表格： <table><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> ☐ 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？ ☐ 是，停經年齡_____歲（實歲）； 停經原因： ☐ 自然停經； ☐ 子宮切除； ☐ 卵巢切除； ☐ 其他_____。 ☐ 否。												
生育史	生產次數 次； 有無哺餵母乳（至少某胎哺餵母乳一個月以上）： ☐ 有， ☐ 無； 第一胎生產實足年齡_____歲。												
用藥史	是否服用荷爾蒙補充劑？ ☐ 是，_____歲開始，服用_____年； ☐ 否。 是否服用口服避孕藥？ ☐ 是，_____歲開始，服用_____年； ☐ 否。												
是否有感覺到異常腫塊？	☐ 有摸到硬塊或疼痛、壓痛，請在右圖相關位置標示「X」； ☐ 沒有症狀； ☐ 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）？ ☐ 醫護人員觸診； ☐ 乳房攝影 X 光檢查； ☐ 乳房超音波檢查； ☐ 以上皆未做過。 是否曾接受過乳房手術？ ☐ 是：（ ☐ 左側， ☐ 右側）； ☐ 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。													

*確認以上資料正確無誤：_____（簽名）

*為提升影像判讀準確性，本人同意相關醫事人員可於看診或判讀報告時查詢本人歷次篩檢報告及影像。

受檢婦女簽名：_____

附表四之四

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單

支付方式： ☐ 預防保健； ☐ 健保醫療給付； ☐ 其他公務預算補助； ☐ 自費健康檢查； ☐ 其他。													
乳房攝影車篩檢： ☐ 否（儀器登設字_____；所屬單位院所名稱_____；機構代碼_____）； ☐ 是（儀器登設字_____；所屬單位院所名稱_____；機構代碼_____；車號_____）。													
病歷號：													
個人基本資料（檢查婦女填寫）													
姓名	身分證統一編號 統一證號（外籍）												
出生日期	年 月 日 聯絡資訊 電話：（ ） 手機：												
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣 市 鄉 村 路 段 巷 號 市 區 鎮 里 街 弄 樓												
教育	☐ 無； ☐ 小學； ☐ 國（初）中； ☐ 高中/高職； ☐ 專科、大學； ☐ 研究所以上； ☐ 拒答。												
其它資訊	身高： 公分；體重： 公斤。												
個案臨床資料（檢查婦女填寫）													
疾病史	有無得過下列疾病？ ☐ 有，疾病為： ☐ 乳房良性相關疾病； ☐ 乳癌； ☐ 其他癌症： ； ☐ 無。												
家族史	與您有血緣的家屬中，有無人得過乳癌？ ☐ 有，請填下方表格： <table><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> ☐ 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？ ☐ 是，停經年齡_____歲（實歲）； 停經原因： ☐ 自然停經； ☐ 子宮切除； ☐ 卵巢切除； ☐ 其他_____。 ☐ 否。												
生育史	生產次數 次； 有無哺餵母乳（至少某胎哺餵母乳一個月以上）： ☐ 有， ☐ 無； 第一胎生產實足年齡_____歲。												
用藥史	是否服用荷爾蒙補充劑？ ☐ 是，_____歲開始，服用_____年； ☐ 否。 是否服用口服避孕藥？ ☐ 是，_____歲開始，服用_____年； ☐ 否。												
是否有感覺到異常腫塊？	☐ 有摸到硬塊或疼痛、壓痛，請在右圖相關位置標示「X」； ☐ 沒有症狀； ☐ 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）？ ☐ 醫護人員觸診； ☐ 乳房攝影 X 光檢查； ☐ 乳房超音波檢查； ☐ 以上皆未做過。 是否曾接受過乳房手術？ ☐ 是：（ ☐ 左側， ☐ 右側）； ☐ 否。												
1. 本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用。 2. 乳房 X 光攝影經證實可發現早期乳癌，但準確度並非 100%，約有 15% 的乳癌無法有效偵測，所以即使檢查結果正常，在下次定期檢查前，如有發現異狀，仍應儘速就醫。													
受檢婦女簽名：_____													
為提升影像判讀準確性，本人同意相關醫事人員可於看診或判讀報告時查詢本人歷次篩檢報告及影像。													
受檢婦女簽名：_____													

一、修正簽名欄為之格式調整。

二、修正及修訂日期。

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	☐ CR 乳房 X 光攝影儀 (Computed Radiography, CR); ☐ DR 乳房 X 光攝影儀 (Digital Radiography, DR); ☐ 乳房斷層攝影機 (Tomosynthesis, Tomo)。		
乳房觸診檢查	☐ 有腫塊或其他異常，請在右圖相關位置標示「X」； ☐ 無異常； ☐ 未做觸診檢查。		
乳腺組成	☐ Fatty breast; ☐ Scattered fibroglandular density; ☐ Heterogeneously dense; ☐ Extremely dense。		
與舊片比較	☐ 是； ☐ 否，理由為： ☐ 第一次篩檢， ☐ 無法取得舊片， ☐ 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 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表」。 ☐ (0) 需附加其他影像檢查再評估 (Category 0: Need Additional Imaging Evaluation.) ☐ (1) 無異常發現 (Category 1: Negative.) ☐ (2) 良性發現 (Category 2: Benign Finding) ☐ (3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查 (六至十二個月) (Category 3: Probably Benign Finding—Short Interval Follow-Up Suggested.) ☐ (4) 可疑異常須考慮組織生檢 (Category 4: Suspicious Abnormality—Biopsy Should Be Considered.) ☐ a. Low suspicion ☐ b. Moderate suspicion ☐ c. High suspicion ☐ (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	

(113 年 1 月 修訂)

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	☐ CR 乳房 X 光攝影儀 (Computed Radiography, CR); ☐ DR 乳房 X 光攝影儀 (Digital Radiography, DR); ☐ 乳房斷層攝影機 (Tomosynthesis, Tomo)。		
乳房觸診檢查	☐ 有腫塊或其他異常，請在右圖相關位置標示「X」； ☐ 無異常； ☐ 未做觸診檢查。		
乳腺組成	☐ Fatty breast; ☐ Scattered fibroglandular density; ☐ Heterogeneously dense; ☐ Extremely dense。		
與舊片比較	☐ 是； ☐ 否，理由為： ☐ 第一次篩檢， ☐ 無法取得舊片， ☐ 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 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表」。 ☐ (0) 需附加其他影像檢查再評估 (Category 0: Need Additional Imaging Evaluation.) ☐ (1) 無異常發現 (Category 1: Negative.) ☐ (2) 良性發現 (Category 2: Benign Finding) ☐ (3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查 (六至十二個月) (Category 3: Probably Benign Finding—Short Interval Follow-Up Suggested.) ☐ (4) 可疑異常須考慮組織生檢 (Category 4: Suspicious Abnormality—Biopsy Should Be Considered.) ☐ a. Low suspicion ☐ b. Moderate suspicion ☐ c. High suspicion ☐ (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	

(112 年 〇 月 修訂)

附表四之六

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表

病歷號：。

檢查資訊									
姓名			身分證統一編號						
			統一證號(外籍)						
出生日期	年	月	日	攝影日期	年	月	日		
醫院名稱			放射科醫師						
乳房 X 光攝影疑似異常結果									
☐ Category 0: Need Additional Imaging Evaluation. ☐ Category 3: Probably Benign Finding — Short Interval Follow-up Is Suggested. ☐ Category 4: Suspicious Abnormality — Biopsy Should Be Considered. ☐ a. Low suspicion ; ☐ b. Moderate suspicion ; ☐ c. High suspicion ☐ 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)									
☐ 1. Mass: ☐ Rt. ☐ Lt. ☐ Multiple, Unilateral ☐ Multiple, Bilateral									
Location	☐ UOQ ☐ UIQ ☐ LOQ ☐ LIQ ☐ Subareolar ☐ Axillary tail								
	One view only	☐ Upper Hemisphere ☐ Lower Hemisphere							
		☐ Outer Hemisphere ☐ Inner Hemisphere							
Size	☐ < 1.0 cm ☐ 1-2 cm ☐ 2-3 cm ☐ 3-4 cm ☐ > 4 cm								
Shape	☐ Round ☐ Oval ☐ Lobular ☐ Irregular								
Margin	☐ Circumscribed ☐ Microlobulated ☐ Obscured ☐ Indistinct ☐ Spiculated								
Density	☐ High density ☐ Equal density ☐ Low-density ☐ Fat-containing								
☐ 2. Calcifications: ☐ Rt. ☐ Lt. ☐ Multiple, Unilateral ☐ Multiple, Bilateral									
Location	☐ UOQ ☐ UIQ ☐ LOQ ☐ LIQ ☐ Subareolar ☐ Axillary tail								
	One view only	☐ Upper Hemisphere ☐ Lower Hemisphere							
		☐ Outer Hemisphere ☐ Inner Hemisphere							
Distribution	☐ Grouped ☐ Linear ☐ Segmental ☐ Regional ☐ Diffuse								
Morphology	☐ Amorphous ☐ Coarse Heterogeneous ☐ Fine Pleomorphic ☐ Fine Linear Branching								
☐ 3. Asymmetry: ☐ Rt. ☐ Lt. ☐ Asymmetry ☐ Focal asymmetry ☐ Developing asymmetry									
Location	☐ UOQ ☐ UIQ ☐ LOQ ☐ LIQ ☐ Subareolar ☐ Axillary tail								
	One view only	☐ Upper Hemisphere ☐ Lower Hemisphere							
		☐ Outer Hemisphere ☐ Inner Hemisphere							
☐ 4. Architectural Distortion: ☐ Rt. ☐ Lt.									
Location	☐ UOQ ☐ UIQ ☐ LOQ ☐ LIQ ☐ Subareolar ☐ Axillary tail								
	One view only	☐ Upper Hemisphere ☐ Lower Hemisphere							
		☐ Outer Hemisphere ☐ Inner Hemisphere							
☐ 5. Thickening or retraction of the skin and/or nipple: ☐ Rt. ☐ Lt.									
☐ 6. Dense or enlarged axillary LNs: ☐ Rt. ☐ Lt.									
☐ 7. Dilated lactiferous ducts: ☐ Rt. ☐ Lt.									
☐ 8. Diffuse thickening of the skin and increased density: ☐ Rt. ☐ Lt.									
☐ 9. Others:									

(113 年 1 月修訂)

附表四之六

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表

病歷號：。

檢查資訊									
姓名			身分證統一編號						
			統一證號(外籍)						
出生日期	年	月	日	攝影日期	年	月	日		
醫院名稱			放射科醫師						
乳房 X 光攝影疑似異常結果									
☐ Category 0: Need Additional Imaging Evaluation. ☐ Category 3: Probably Benign Finding — Short Interval Follow-up Is Suggested. ☐ Category 4: Suspicious Abnormality — Biopsy Should Be Considered. ☐ a. Low suspicion ; ☐ b. Moderate suspicion ; ☐ c. High suspicion ☐ 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)									
☐ 1. Mass: ☐ Rt. ☐ Lt. ☐ Multiple, Unilateral ☐ Multiple, Bilateral									
Location	☐ UOQ ☐ UIQ ☐ LOQ ☐ LIQ ☐ Subareolar ☐ Axillary tail								
	One view only	☐ Upper Hemisphere ☐ Lower Hemisphere							
		☐ Outer Hemisphere ☐ Inner Hemisphere							
Size	☐ < 1.0 cm ☐ 1-2 cm ☐ 2-3 cm ☐ 3-4 cm ☐ > 4 cm								
Shape	☐ Round ☐ Oval ☐ Lobular ☐ Irregular								
Margin	☐ Circumscribed ☐ Microlobulated ☐ Obscured ☐ Indistinct ☐ Spiculated								
Density	☐ High density ☐ Equal density ☐ Low-density ☐ Fat-containing								
☐ 2. Calcifications: ☐ Rt. ☐ Lt. ☐ Multiple, Unilateral ☐ Multiple, Bilateral									
Location	☐ UOQ ☐ UIQ ☐ LOQ ☐ LIQ ☐ Subareolar ☐ Axillary tail								
	One view only	☐ Upper Hemisphere ☐ Lower Hemisphere							
		☐ Outer Hemisphere ☐ Inner Hemisphere							
Distribution	☐ Grouped ☐ Linear ☐ Segmental ☐ Regional ☐ Diffuse								
Morphology	☐ Amorphous ☐ Coarse Heterogeneous ☐ Fine Pleomorphic ☐ Fine Linear Branching								
☐ 3. Asymmetry: ☐ Rt. ☐ Lt. ☐ Asymmetry ☐ Focal asymmetry ☐ Developing asymmetry									
Location	☐ UOQ ☐ UIQ ☐ LOQ ☐ LIQ ☐ Subareolar ☐ Axillary tail								
	One view only	☐ Upper Hemisphere ☐ Lower Hemisphere							
		☐ Outer Hemisphere ☐ Inner Hemisphere							
☐ 4. Architectural Distortion: ☐ Rt. ☐ Lt.									
Location	☐ UOQ ☐ UIQ ☐ LOQ ☐ LIQ ☐ Subareolar ☐ Axillary tail								
	One view only	☐ Upper Hemisphere ☐ Lower Hemisphere							
		☐ Outer Hemisphere ☐ Inner Hemisphere							
☐ 5. Thickening or retraction of the skin and/or nipple: ☐ Rt. ☐ Lt.									
☐ 6. Dense or enlarged axillary LNs: ☐ Rt. ☐ Lt.									
☐ 7. Dilated lactiferous ducts: ☐ Rt. ☐ Lt.									
☐ 8. Diffuse thickening of the skin and increased density: ☐ Rt. ☐ Lt.									
☐ 9. Others:									

(112 年 〇 月修訂)

修正修訂日期。

附表四之七

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利補助」

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

個人基本資料 (攝影醫院填寫)									
姓名			身分證統一編號						
出生日期	年	月	日	統一證號 (外籍)					
現居住地址	鄉鎮市區代碼: □□□□		縣	市鄉	村	路	段	巷	號
乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)									
醫院名稱			醫事機構代碼						
攝影日期	年	月	日	攝影判讀日期	年 月 日				
攝影檢查結果	☐ (Category 0) 需附加其他影像檢查再評估 ☐ (Category 3) 可能是良性發現-須短期追蹤檢查 (六至十二個月)			☐ (Category 4) 可疑異常須考慮組織生檢 ☐ A. Low suspicion ☐ B. Moderate suspicion ☐ C. High suspicion ☐ (Category 5) 高度疑似乳癌, 須採取適當措施					
追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及輸入資料)									
乳房 X 光攝影檢查結果為 (Category 0、3) 之複檢結果 (負責複檢之醫療院所填寫)									
複檢醫院名稱			醫事機構代碼						
複檢日期	年	月	日						
複檢主治醫師姓名									
複檢方式 (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 (六至十二個月)。 ☐ (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。								
乳房 X 光攝影檢查結果為 (4)、(5) 及複檢後結果為 (4)、(5) 之確診檢查結果 (負責確診或治療之醫療院所填寫)									
確診醫院名稱			醫事機構代碼						
確診日期	年	月	日	確定診斷	☐ 非乳癌; ☐ 乳癌。				
確診主治醫師姓名									
確診方式 (可複選)	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							
	臨床診斷	☐ 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 (六至十二個月)。							
手術	☐ 無, 原因: ☐ 拒絕手術; ☐ 腫瘤轉移; ☐ 中醫療法; ☐ 其他 (請說明理由)。 ☐ 有: 日期 ____年____月____日; 手術醫院名稱: _____ 醫事機構代碼: _____, 主治醫師: _____。								
☐ 非手術切片病理結果 (局部淋巴結欄位可不填) ☐ 手術切片病理結果 (以上皆須附病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)	☐ 腺管原位癌 (DCIS) ☐ 侵襲性癌 (Invasive carcinoma) ☐ 其他惡性腫瘤(非乳腺癌)							
	腫瘤大小 (Size)	× × 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、 ☐ 免疫治療 治療日期: ____年____月____日; 治療醫院名稱: _____, 醫事機構代碼: _____, 主治醫師: _____。 ☐ 未治療								
☐ 個案無法追蹤, 拒絕回診、複檢, 轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤; 追蹤單位: (縣/市) 衛生所; 追蹤人員姓名: _____, 追蹤日期: ____年____月____日。									

第一聯: 存乳房 X 光攝影醫療機構

(113 年 1 月修訂)

附表四之七

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利補助」

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

個人基本資料 (攝影醫院填寫)									
姓名			身分證統一編號						
出生日期	年	月	日	統一證號 (外籍)					
現居住地址	鄉鎮市區代碼: □□□□		縣	市鄉	村	路	段	巷	號
乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)									
醫院名稱			醫事機構代碼						
攝影日期	年	月	日	攝影判讀日期	年 月 日				
攝影檢查結果	☐ (Category 0) 需附加其他影像檢查再評估 ☐ (Category 3) 可能是良性發現-須短期追蹤檢查 (六至十二個月)			☐ (Category 4) 可疑異常須考慮組織生檢 ☐ A. Low suspicion ☐ B. Moderate suspicion ☐ C. High suspicion ☐ (Category 5) 高度疑似乳癌, 須採取適當措施					
追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及輸入資料)									
乳房 X 光攝影檢查結果為 (Category 0、3) 之複檢結果 (負責複檢之醫療院所填寫)									
複檢醫院名稱			醫事機構代碼						
複檢日期	年	月	日						
複檢主治醫師									
複檢方式 (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 (六至十二個月)。 ☐ (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。								
乳房 X 光攝影檢查結果為 (4)、(5) 及複檢後結果為 (4)、(5) 之確診檢查結果 (負責確診或治療之醫療院所填寫)									
確診醫院名稱			醫事機構代碼						
確診日期	年	月	日	確定診斷	☐ 非乳癌; ☐ 乳癌。				
確診主治醫師									
確診方式 (可複選)	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							
	臨床診斷	☐ 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 (六至十二個月)。							
手術	☐ 無, 原因: ☐ 拒絕手術; ☐ 腫瘤轉移; ☐ 中醫療法; ☐ 其他 (請說明理由)。 ☐ 有: 日期 ____年____月____日; 手術醫院名稱: _____ 醫事機構代碼: _____, 主治醫師: _____。								
☐ 非手術切片病理結果 (局部淋巴結欄位可不填) ☐ 手術切片病理結果 (以上皆須附病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)	☐ 腺管原位癌 (DCIS) ☐ 侵襲性癌 (Invasive carcinoma) ☐ 其他惡性腫瘤(非乳腺癌)							
	腫瘤大小 (Size)	× × 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、 ☐ 免疫治療 治療日期: ____年____月____日; 治療醫院名稱: _____, 醫事機構代碼: _____, 主治醫師: _____。 ☐ 未治療								
☐ 個案無法追蹤, 拒絕回診、複檢, 轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤; 追蹤單位: (縣/市) 衛生所; 追蹤人員姓名: _____, 追蹤日期: ____年____月____日。									

第一聯: 存乳房 X 光攝影醫療機構

(112 年 〇 月修訂)

一、修正修訂日期。

二、修正追蹤結果之複檢主

治醫師姓名及確診主治

醫師姓名。

三、組織學分類新增「其他

惡性腫瘤(非乳腺癌)」

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利補助」

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

個人基本資料 (攝影醫院填寫)									
姓名			身分證統一編號						
出生日期	年	月	日	統一證號 (外籍)					
現居住地址	鄉鎮市區代碼: □□□□	縣	市鄉	村	路	段	巷	弄	號
乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫) 醫院名稱: _____ 醫事機構代碼: _____ 攝影日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日 攝影判讀日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日 攝影檢查結果: ☐ (Category 0) 需附加其他影像檢查再評估 ☐ (Category 3) 可能是良性發現一須短期追蹤檢查 (六至十二個月) ☐ (Category 4) 可疑異常須考慮組織生檢 ☐ A. Low suspicion ☐ B. Moderate suspicion ☐ C. High suspicion ☐ (Category 5) 高度疑似乳癌, 須採取適當措施									
追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及輸入資料)									
乳房 X 光攝影檢查結果為 (Category 0、3) 之複檢結果 (負責複檢之醫療院所填寫)									
複檢醫院名稱			醫事機構代碼						
複檢日期	年	月	日						
複檢主治醫師姓名									
複檢方式 (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) 可能是良性發現一須短期追蹤檢查 (六至十二個月)。 ☐ (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。								
乳房 X 光攝影檢查結果為 (4)、(5) 及複檢後結果為 (4)、(5) 之確診檢查結果 (負責確診或治療之醫療院所填寫)									
確診醫院名稱			醫事機構代碼						
確診日期	年	月	日	確定診斷 ☐ 非乳癌; ☐ 乳癌。					
確診主治醫師姓名									
確診方式 (可複選)	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 (六至十二個月)。							
手術	☐ 無, 原因: ☐ 拒絕手術; ☐ 腫瘤轉移; ☐ 中醫療法; ☐ 其他 (請說明理由)。 ☐ 有: 日期 ____ 年 ____ 月 ____ 日; 手術醫院名稱: _____ 醫事機構代碼: _____, 主治醫師: _____。								
☐ 非手術切片病理結果 (局部淋巴結欄位可不填) ☐ 手術切片病理結果 (以上皆須附病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)	☐ 腺管原位癌 (DCIS) ☐ 侵襲性癌 (Invasive carcinoma) ☐ 其他惡性腫瘤 (非乳腺癌)							
	腫瘤大小 (Size)	x x cm							
	局部淋巴結 (Regional LN)	/ (Positive nodes/Total nodes)							
	病理分期 (Pathological Stage)	T: N: M: S:							
癌症治療 (可複選)	有進行 ☐ 放射線治療、 ☐ 化學治療、 ☐ 荷爾蒙治療、 ☐ 標靶治療、 ☐ 免疫治療 治療日期: ____ 年 ____ 月 ____ 日; 治療醫院名稱: _____, 醫事機構代碼: _____, 主治醫師: _____。 ☐ 未治療								
☐ 個案無法追蹤, 拒絕回診、複檢, 轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤; 追蹤單位: (縣市) 衛生所; 追蹤人員姓名: _____, 追蹤日期: ____ 年 ____ 月 ____ 日。									

第二聯: 存複 (確) 診與治療醫院機構

(113 年 1 月修訂)

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利補助」

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

個人基本資料 (攝影醫院填寫)									
姓名			身分證統一編號						
出生日期	年	月	日	統一證號 (外籍)					
現居住地址	鄉鎮市區代碼: □□□□	縣	市鄉	村	路	段	巷	弄	號
乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫) 醫院名稱: _____ 醫事機構代碼: _____ 攝影日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日 攝影判讀日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日 攝影檢查結果: ☐ (Category 0) 需附加其他影像檢查再評估 ☐ (Category 3) 可能是良性發現一須短期追蹤檢查 (六至十二個月) ☐ (Category 4) 可疑異常須考慮組織生檢 ☐ A. Low suspicion ☐ B. Moderate suspicion ☐ C. High suspicion ☐ (Category 5) 高度疑似乳癌, 須採取適當措施									
追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及輸入資料)									
乳房 X 光攝影檢查結果為 (Category 0、3) 之複檢結果 (負責複檢之醫療院所填寫)									
複檢醫院名稱			醫事機構代碼						
複檢日期	年	月	日						
複檢主治醫師									
複檢方式 (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) 可能是良性發現一須短期追蹤檢查 (六至十二個月)。 ☐ (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。								
乳房 X 光攝影檢查結果為 (4)、(5) 及複檢後結果為 (4)、(5) 之確診檢查結果 (負責確診或治療之醫療院所填寫)									
確診醫院名稱			醫事機構代碼						
確診日期	年	月	日	確定診斷 ☐ 非乳癌; ☐ 乳癌。					
確診主治醫師									
確診方式 (可複選)	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 (六至十二個月)。							
手術	☐ 無, 原因: ☐ 拒絕手術; ☐ 腫瘤轉移; ☐ 中醫療法; ☐ 其他 (請說明理由)。 ☐ 有: 日期 ____ 年 ____ 月 ____ 日; 手術醫院名稱: _____ 醫事機構代碼: _____, 主治醫師: _____。								
☐ 非手術切片病理結果 (局部淋巴結欄位可不填) ☐ 手術切片病理結果 (以上皆須附病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)	☐ 腺管原位癌 (DCIS) ☐ 侵襲性癌 (Invasive carcinoma) ☐ 其他惡性腫瘤 (非乳腺癌)							
	腫瘤大小 (Size)	x x cm							
	局部淋巴結 (Regional LN)	/ (Positive nodes/Total nodes)							
	病理分期 (Pathological Stage)	T: N: M: S:							
癌症治療 (可複選)	有進行 ☐ 放射線治療、 ☐ 化學治療、 ☐ 荷爾蒙治療、 ☐ 標靶治療、 ☐ 免疫治療 治療日期: ____ 年 ____ 月 ____ 日; 治療醫院名稱: _____, 醫事機構代碼: _____, 主治醫師: _____。 ☐ 未治療								
☐ 個案無法追蹤, 拒絕回診、複檢, 轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤; 追蹤單位: (縣市) 衛生所; 追蹤人員姓名: _____, 追蹤日期: ____ 年 ____ 月 ____ 日。									

第二聯: 存複 (確) 診與治療醫院機構

(112 年 0 月修訂)

附表五之一 執行定量免疫法糞便潛血檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格			附表五之一 執行定量免疫法糞便潛血檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格			修正糞便潛血檢查之執行人員資格說明。
服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格	服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格	
定量免疫法糞便潛血檢查服務	一、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。 二、經本部認可辦理定量免疫法糞便潛血檢驗醫事機構之名單，將公告於健康署網站。	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。	定量免疫法糞便潛血檢查服務	一、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。 二、經本部認可辦理定量免疫法糞便潛血檢驗醫事機構之名單，將公告於健康署網站。	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， <u>並由領有醫事檢驗師及醫事檢驗生證書之人員檢驗。</u>	
其他應配合事項： 一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源為「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐經費補助」。 二、特約醫事服務機構申請定量免疫法糞便潛血檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意。 三、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理。 四、辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務之醫事機構，其檢體如委託其他通過本部認可之檢驗醫事機構代檢者，應與其簽保密切結書，以維護篩檢個案隱私。			其他應配合事項： 一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源為「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐經費補助」。 二、特約醫事服務機構申請定量免疫法糞便潛血檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意。 三、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理。 四、辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務之醫事機構，其檢體如委託其他通過本部認可之檢驗醫事機構代檢者，應與其簽保密切結書，以維護篩檢個案隱私。			

附表五之四

注意事項：本檢查經費「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐經費補助」

健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單

支付方式：☐①預防保健；☐②健保醫療給付；☐④其他公務預算補助；☐⑤自費健康檢查；☐③其他。篩檢地點：☐①社區或職場設站篩檢；☐②門診；☐③住院；④☐郵寄；☐⑤其他。

基本資料

姓名：_____ 性別：☐男 ☐女 出生日期：____年____月____日

身分證統一編號 _____ 聯絡電話：() _____

統一證號（外籍） _____ 手機：_____

現居住地址：（鄉鎮市區代碼：□□□□）

縣 市 鄉 村 路 段 巷 號
市 區 鎮 里 街 弄 樓教育：☐①無；☐②小學；☐③國（初）中；☐④高中（職）；☐⑤專科、大學；☐⑥研究所以上；☐⑦拒答

家族病史

1.請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過大腸直腸癌？☐①無；☐①有；☐②不知道。2.請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過其他癌症？☐①無；☐①有；☐②不知道。

有無症狀

請問您有無腸道不適症狀？如腹瀉、便秘、糞便變稠、排泄黏液、便血、黃便帶血或其他症狀☐①無；☐①有。*本人同意接受糞便潛血檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用確認以上資料正確無誤： _____（簽名）

個案檢查情形（檢查醫療院所）

檢查醫療院所名稱及代碼：_____，門診日期：____年____月____日。

糞便潛血檢查結果（糞便潛血檢驗機構填寫）

1. 醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼：

2. 檢驗日期：____年____月____日。

3. 檢驗結果：☐①陰性 ☐①陽性，數值：_____。4. 定量試劑商品名稱：☐①Eiken, ☐①Kyowa(HM-JACK), ☐②其他_____, ☐③ Kyowa(HM-JACKarc)。

個案確診結果（由檢查醫療院所詢問個案後填寫）

1. 前項檢查陽性個案於檢查後三個月內有沒有接受後續確診？ ☐①沒有；☐①有。2. 沒有接受確診理由為：☐①無法聯繫，☐②出國，☐③搬家，☐④死亡，☐⑤拒做，☐⑥其他_____。

3. 確診醫療院所名稱及代碼：_____，確診日期：____年____月____日。

4. 檢查方法：☐①大腸鏡，☐②乙狀結腸鏡加大腸鉬劑攝影，☐③乙狀結腸鏡，☐④大腸鉬劑攝影，☐⑤其他_____。5. 診斷：☐①正常，☐①痔瘡，☐②潰瘍性大腸炎，☐③癌肉，☐④大腸癌，☐⑤其他_____。*如有癌肉，癌肉有無切除：☐①未切除 ☐②已完全切除 ☐③未完全切除。6. 癌症治療：☐①無，原因：_____☐①有做手術、放療或化療，治療醫院名稱及代碼：_____。

備註：前項檢查陽性個案之轉診科別建議為「大腸直腸外科」、「腸胃肝膽科」、「消化腸胃系內科」、「內視鏡科（中心）」或「一般外科」；建議確診檢查項目為「大腸鏡」。

（113年1月修訂）

附表五之四

注意事項：本檢查經費「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐經費補助」

健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單

支付方式：☐①預防保健；☐②健保醫療給付；☐④其他公務預算補助；☐⑤自費健康檢查；☐③其他。篩檢地點：☐①社區或職場設站篩檢；☐②門診；☐③住院；④☐郵寄；☐⑤其他。

基本資料

姓名：_____ 性別：☐男 ☐女 出生日期：____年____月____日

身分證統一編號 _____ 聯絡電話：() _____

統一證號（外籍） _____ 手機：_____

現居住地址：（鄉鎮市區代碼：□□□□）

縣 市 鄉 村 路 段 巷 號
市 區 鎮 里 街 弄 樓教育：☐①無；☐②小學；☐③國（初）中；☐④高中（職）；☐⑤專科、大學；☐⑥研究所以上；☐⑦拒答

家族病史

1.請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過大腸直腸癌？☐①無；☐①有；☐②不知道。2.請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過其他癌症？☐①無；☐①有；☐②不知道。

有無症狀

請問您有無腸道不適症狀？如腹瀉、便秘、糞便變稠、排泄黏液、便血、黃便帶血或其他症狀☐①無；☐①有。

本人同意接受糞便潛血檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用，並確認以上資料正確無誤： _____（簽名）

個案檢查情形（檢查醫療院所）

檢查醫療院所名稱及代碼：_____，門診日期：____年____月____日。

糞便潛血檢查結果（糞便潛血檢驗機構填寫）

1. 醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼：

2. 檢驗日期：____年____月____日。

3. 檢驗結果：☐①陰性 ☐①陽性，數值：_____。4. 定量試劑商品名稱：☐①Eiken, ☐①Kyowa(HM-JACK), ☐②其他_____, ☐③ Kyowa(HM-JACKarc)。

個案確診結果（由檢查醫療院所詢問個案後填寫）

1. 前項檢查陽性個案於檢查後三個月內有沒有接受後續確診？ ☐①沒有；☐①有。2. 沒有接受確診理由為：☐①無法聯繫，☐②出國，☐③搬家，☐④死亡，☐⑤拒做，☐⑥其他_____。

3. 確診醫療院所名稱及代碼：_____，確診日期：____年____月____日。

4. 檢查方法：☐①大腸鏡，☐②乙狀結腸鏡加大腸鉬劑攝影，☐③乙狀結腸鏡，☐④大腸鉬劑攝影，☐⑤其他_____。5. 診斷：☐①正常，☐①痔瘡，☐②潰瘍性大腸炎，☐③癌肉，☐④大腸癌，☐⑤其他_____。*如有癌肉，癌肉有無切除：☐①未切除 ☐②已完全切除 ☐③未完全切除。6. 癌症治療：☐①無，原因：_____☐①有做手術、放療或化療，治療醫院名稱及代碼：_____。

備註：前項檢查陽性個案之轉診科別建議為「大腸直腸外科」、「腸胃肝膽科」、「消化腸胃系內科」、「內視鏡科（中心）」或「一般外科」；建議確診檢查項目為「大腸鏡」。

（111年3月修訂）

一、修正簽名欄位格式調整。

二、修正修訂日期。

第二聯：存確診及治療醫院

篩檢地點：☐ ①社區或職場設站篩檢；☐ ②門診；☐ ③住院；☐ ④郵寄；☐ ⑤其他。

姓名：_____ 性別：☐男 ☐女 出生日期：____年____月____日
身分證統一編號
統一證號(外籍) _____ 聯絡電話：() _____
現居住地址：(鄉鎮市區代碼：) 手機：_____
縣 市 鄉 村 路 段 巷 號
市 區 鎮 里 街 弄 樓
教育：☐①無；☐②小學；☐③國(初)中；☐④高中(職)；☐⑤專科、大學；☐⑥研究所以上；☐⑦拒答

1.請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過大腸直腸癌？☐ 0 無；☐ 1 有；☐ 2 不知道。

請問您有無腸道不適症狀?如腹瀉、便秘、糞便變稠、排泄黏液、便血、黃便帶血或其他症狀 ☐ ① 無; ☐ ② 有。

*本人同意接受糞便潛血檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用

確認以上資料正確無誤： (簽名)

檢查醫療院所名稱及代碼：_____，門診日期：____年____月____日。

1. 醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼：
2. 檢驗日期：____年____月____日。
3. 檢驗結果：☐①陰性 ☒②陽性，數值：____。
4. 定量試劑商品名稱：☐①Eiken，☒②Kyowa (HM-JACK)，☐③其他____，☐④ Kyowa (HM-JACKarc)。

1. 前項檢查陽性個案於檢查後三個月內有沒有接受後續確診？ ☐ ① 沒有； ☐ ② 有。
2. 沒有接受確診理由為： ☐ ① 無法聯繫， ☐ ② 出國， ☐ ③ 搬家， ☐ ④ 死亡， ☐ ⑤ 拒做， ☐ ⑥ 其他_____。
3. 確診醫療院所名稱及代碼：_____， 確診日期：_____年_____月_____日。
4. 檢查方法： ☐ ① 大腸鏡， ☐ ② 乙狀結腸鏡加大腸鉗創攝影， ☐ ③ 乙狀結腸鏡， ☐ ④ 大腸鉗創攝影， ☐ ⑤ 其他_____。
5. 診斷： ☐ ① 正常， ☐ ② 痔瘡， ☐ ③ 潰瘍性大腸炎， ☐ ④ 癌肉， ☐ ⑤ 大腸癌， ☐ ⑥ 其他_____。

*如有瘰癧，瘰癧有無切除：☐①未切除 ☐②已完全切除 ☐③未完全切除。

6. 癌症治療：☐ ① 無，原因：

☐ ①有做手術、放療或化療，治療醫院名稱及代碼：_____。

備註：前項檢查陽性個案之轉診科別建議為「大腸直腸外科」、「腸胃肝膽科」、「消化腸胃系內科」、「內視鏡科（中心）」或「一般外科」；建議確診檢查項目為「大腸鏡」。

(113 年 1 月修訂)

支付方式：☐①預防保健；☐②健保醫療給付；☐③其他公務預算補助；☐④自費健康檢查；
☐⑤其他。

篩檢地點：☐①社區或職場設站篩檢；☐②門診；☐③住院；☐④郵寄；☐⑤其他。

姓名：_____ 性別：☐男 ☐女 出生日期：_____年_____月_____日
身分證統一編號 _____ 聯絡電話：() _____
統一證號(外籍) _____ 手機：_____
現居住地址：(鄉鎮市區代碼：_____)
縣 市 鄉 村 路 段 巷 號
市 區 鎮 里 街 弄 樓
教育：☐①無；☐②小學；☐③國(初)中；☐④高中(職)；☐⑤專科、大學；☐⑥研究所以上；☐⑦拒答

1.請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過大腸直腸癌？☐0無；☐1有；☐2不知道。

2.請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過其他癌症？☐0無；☐1有；☐2不知道。

請問您有無腸道不適症狀?如腹瀉、便秘、糞便變稠、排泄黏液、便血、黃便帶血或其他症狀 ☐ ① 無; ☐ ② 有。

本人同意接受糞便潛血檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用，並確認以上資料正確無誤：_____（簽名）

檢查醫療院所名稱及代碼：_____，門診日期：____年____月____日。

1. 醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼：
2. 檢驗日期：____年____月____日。
3. 檢驗結果：☐①陰性 ☐②陽性，數值：____。
4. 定量試劑商品名稱：☐①Eiken, ☐②Kyowa(HM-JACK), ☐③其他, ☐④Kyowa(HM-JACKarc)。

1. 前項檢查陽性個案於檢查後三個月內有沒有接受後續確診？ ☐①沒有；☐②有。

2. 沒有接受確診理由為：☐①無法聯繫，☐②出國，☐③搬家，☐④死亡，☐⑤拒做，☐⑥其他_____。

3. 確診醫療院所名稱及代碼：_____，確診日期：_____年_____月_____日。

4. 檢查方法：☐①大腸鏡，☐②乙狀結腸鏡加大腸鉬劑攝影，☐③乙狀結腸鏡，☐④大腸鉬劑攝影，☐⑤其他_____。

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

*如有瘰癧，瘰癧有無切除：☐①未切除 ☐②已完全切除 ☐③未完全切除。

6. 癰症治療：☐ 0 無，原因：

☐ ①有做手術、放療或化療，治療醫院名稱及代碼：_____。

備註：前項檢查陽性個案之轉診科別建議為「大腸直腸外科」、「腸胃肝膽科」、「消化腸胃系內科」、「內視鏡科（中心）」或「一般外科」；建議確診檢查項目為「大腸鏡」。

(111 年 3 月修訂)

附表六之一 執行口腔黏膜檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格 <table> <tr> <th>服務項目</th><th>特約醫事服務機構資格</th><th>執行人員資格</th></tr> <tr> <td>口腔黏膜檢查服務</td><td> <u>一、申請辦理口腔黏膜檢查服務者，應為全民健康保險特約醫院、診所。</u> 二、辦理口腔黏膜檢查服務之特約醫院、診所，須具下列檢查設備： （一）應讓服務對象平躺或提供支撐讓其頭部可維持向後仰姿勢之設備 （二）口鏡 （三）充足的光源（LED 頭燈或站立式光源） </td><td> 申請辦理口腔黏膜檢查服務者，應有登記執業之牙科、耳鼻喉科專科醫師；除牙科、耳鼻喉科專科醫師外，其他科別專科醫師以西醫專科、中醫師需同時具有西醫專科或中西醫整合專科為限，應接受並通過相關訓練後，始能取得辦理本服務之資格。口腔黏膜檢查服務應由前述人員執行之。 </td></tr> </table>			服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格	口腔黏膜檢查服務	<u>一、申請辦理口腔黏膜檢查服務者，應為全民健康保險特約醫院、診所。</u> 二、辦理口腔黏膜檢查服務之特約醫院、診所，須具下列檢查設備： （一）應讓服務對象平躺或提供支撐讓其頭部可維持向後仰姿勢之設備 （二）口鏡 （三）充足的光源（LED 頭燈或站立式光源）	申請辦理口腔黏膜檢查服務者，應有登記執業之牙科、耳鼻喉科專科醫師；除牙科、耳鼻喉科專科醫師外，其他科別專科醫師以西醫專科、中醫師需同時具有西醫專科或中西醫整合專科為限，應接受並通過相關訓練後，始能取得辦理本服務之資格。口腔黏膜檢查服務應由前述人員執行之。
服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格						
口腔黏膜檢查服務	<u>一、申請辦理口腔黏膜檢查服務者，應為全民健康保險特約醫院、診所。</u> 二、辦理口腔黏膜檢查服務之特約醫院、診所，須具下列檢查設備： （一）應讓服務對象平躺或提供支撐讓其頭部可維持向後仰姿勢之設備 （二）口鏡 （三）充足的光源（LED 頭燈或站立式光源）	申請辦理口腔黏膜檢查服務者，應有登記執業之牙科、耳鼻喉科專科醫師；除牙科、耳鼻喉科專科醫師外，其他科別專科醫師以西醫專科、中醫師需同時具有西醫專科或中西醫整合專科為限，應接受並通過相關訓練後，始能取得辦理本服務之資格。口腔黏膜檢查服務應由前述人員執行之。						
其他應配合事項： 一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源為「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐經費補助」。 二、特約醫事服務機構申請口腔黏膜檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意。 三、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定及預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則辦理。								

附表六之一 執行口腔黏膜檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格		
服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
口腔黏膜檢查服務	<u>一、辦理口腔癌確認診斷之醫事機構，須符合「醫療機構設置標準」所定之醫院類別。</u> <u>二、經健康署核可之醫師辦理口腔黏膜檢查服務，至少須具下列檢查設備，始得辦理：</u> （一）應讓服務對象平躺或提供支撐讓其頭部可維持向後仰姿勢之設備 （二）口鏡 （三）充足的光源（LED 頭燈或站立式光源） <u>三、特約醫事服務機構辦理口腔黏膜檢查服務，其口腔癌及癌前病變偵測率若連續二年未達健康署所訂之標準，本部得暫停其辦理口腔黏膜檢查資格，視其後續接受訓練及實際審查結果，再辦理資格恢復之申請。</u>	申請辦理口腔黏膜檢查服務者，應有登記執業之牙科、耳鼻喉科專科醫師；除牙科、耳鼻喉科專科醫師外，其他科別專科醫師以西醫專科、中醫師需同時具有西醫專科或中西醫整合專科為限，應接受並通過相關訓練後，始能取得辦理本服務之資格。口腔黏膜檢查服務應由前述人員執行之。

 | || 其他應配合事項： 一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源為「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐經費補助」。 二、特約醫事服務機構申請口腔黏膜檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意。 三、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定及預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則辦理。 四、特約醫事服務機構辦理口腔黏膜檢查服務，其口腔癌及癌前病變偵測率若連續二年未達健康署所訂之標準，本部得暫停其辦理口腔黏膜檢查服務資格，視其後續接受訓練及實際審查結果，再辦理資格恢復之申請。 | | |

修正口腔黏膜檢查服務之特約醫事服務資格及配合事項說明。

附表六之四

健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單

(113 年 1 月修訂)

第一聯：存檢查醫療機構

【本檢查由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助】
篩檢補助對象：30 歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣之民眾、18 歲以上未滿 30 歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民，每 2 年 1 次。
支付方式：☐①預防保健；☐②健保醫療給付；☐③其他公務預算補助；☐④自費健康檢查；☐⑤其他。
篩檢地點：☐①社區或職場設站篩檢；☐②醫療院所。
檢查醫師科別：☐①牙科；☐②耳鼻喉科；☐③經健康署核可之其他科別專科醫師。

A: **基本資料** (受檢者自填) 原住民：☐是 ☐否
姓名：_____ 性別：☐男 ☐女
出生日期：民國_____年_____月_____日
身分證統一編號
統一證號(外籍)：_____
聯絡電話：() _____
手機：_____

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：_____)
縣 鄉鎮 村
市 市區 里 (街)
段 巷 弄 號 樓

教育：☐①無；☐②小學；☐③國(初)中；☐④高中(職)；☐⑤專科、大學；☐⑥研究所以上；☐⑦拒答

菸檳榔習慣

1. 嚼檳榔習慣：

- ☐①無；
☐②已戒；
☐③嚼 10 年以下，每天少於 20 顆；
☐④嚼 10 年以下，每天 20 顆及以上；
☐⑤嚼超過 10 年，每天少於 20 顆；
☐⑥嚼超過 10 年，每天 20 顆及以上。

2. 吸菸習慣：

- ☐①無；
☐②已戒；
☐③吸 10 年以下，每天少於 20 支；
☐④吸 10 年以下，每天 20 支及以上；
☐⑤吸超過 10 年，每天少於 20 支；
☐⑥吸超過 10 年，每天 20 支及以上。

有無症狀

自覺口腔黏膜有無異常症狀？如異常顏色斑塊、口腔黏膜疼痛、難癒合之潰瘍及腫塊症狀 ☐①無；☐②有
*本人同意接受口腔黏膜檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用。

確認以上資料及菸檳榔習慣資料正確無誤：

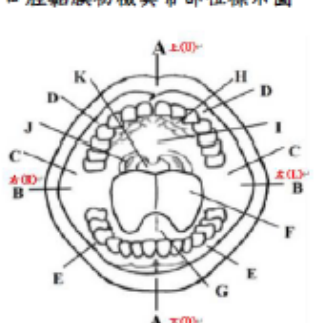
(簽名)

口腔黏膜檢查情形 (初檢醫師填寫)

1. 檢查醫療院所名稱及代碼：_____
門診日期：民國_____年_____月_____日。
2. 檢查結果：
☐①未發現以下需轉介之異常；
需轉介，轉介原因 (單選；或同時出現兩種(含)以上原因，請將轉介原因代碼標示於口腔黏膜初檢異常部位標示圖並勾選編碼較小者)
☐①疑似口腔癌；☐②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；☐⑥非均質性白斑；☐⑦均質性厚白斑；☐⑧均質性薄白斑；☐⑨口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)
☐⑩約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛；
☐⑪扁平苔癬；☐⑫口腔黏膜不正常，但診斷未明；

☐⑬其他：_____。

口腔黏膜初檢異常部位標示圖



Au/Ab: 口唇
Bu/Bl: 頰黏膜
Cr/Cl: 白齒後三角區
Du/Dl: 上牙齦/齒槽黏膜
Eu/El: 下牙齦/齒槽黏膜
Fr/Fr: 舌
Gu/Gl: 口底黏膜
Hu/Hl: 硬腭
Lu/Ll: 軟腭
Ju/Jl: 扁桃體
Ku/Kl: 口咽後壁黏膜
L: 其他
Mu/Ml: 頸部腫塊

檢查醫師簽名或(蓋章)：_____

醫師執業執照號碼：_____

初篩疑似異常個案轉診單(建議轉介確認診斷醫院科別：口腔顎面外科、耳鼻喉科、口腔病理科、一般病理科)

1. 前項檢查疑似異常個案轉至 _____ 醫院接受確診
2. 轉診醫師：_____, 聯絡電話：_____

註：預防保健口腔黏膜檢查確認診斷及治療醫院查詢：請至健康署署網/癌症防治/相關核可醫療機構名單/口腔黏膜檢查確認診斷及治療醫院名單

B: 個案複檢(確診)結果 (由篩檢單位依據轉診單位通知之確診結果填寫)

1. 前項檢查疑似異常個案於檢查後 2 個月內有沒有接受後續複檢(確診)？☐①沒有；☐②有。
2. 沒有接受複檢(確診)理由為：☐①無法聯繫；☐②出國；☐③搬家；☐④死亡；☐⑤拒做；☐⑥其他_____
3. 複檢(確診)醫院名稱及代碼：_____
複檢(確診)日期：民國_____年_____月_____日
4. 病理切片：☐①無；☐②有。
5. 診斷結果：

經臨床診斷(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變：

- ☐⑦無明顯異常
☐⑧疑似口腔癌；
☐⑨紅斑；
☐⑩紅白斑；
☐⑪非均質性白斑；☐⑫均質性厚白斑；
☐⑬均質性薄白斑；
☐⑭疣狀增生；☐⑮口腔黏膜下纖維化症；
☐⑯扁平苔癬或類扁平苔癬反應；
☐⑰其他：_____。

經病理診斷(確診)為：

- ☐①口腔癌；
☐②上皮變異 (☐③輕度☐④中度☐⑤重度)；
☐⑥其他：_____

6. 治療：

- ☐①無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入
☐②有做手術、放療、化療或其他治療，治療醫院名稱及代碼：_____
☐③個案拒絕治療，理由_____

附表六之四

健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單

(112 年 0 月修訂)

第一聯：存檢查醫療機構

【本檢查由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助】
篩檢補助對象：30 歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣之民眾、18 歲以上未滿 30 歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民，每 2 年 1 次。
支付方式：☐①預防保健；☐②健保醫療給付；☐③其他公務預算補助；☐④自費健康檢查；☐⑤其他。
篩檢地點：☐①社區或職場設站篩檢；☐②醫療院所。
檢查醫師科別：☐①牙科；☐②耳鼻喉科；☐③經健康署核可之其他科別專科醫師。

A: **基本資料** (受檢者自填) 原住民：☐是 ☐否
姓名：_____ 性別：☐男 ☐女
出生日期：民國_____年_____月_____日
身分證統一編號
統一證號(外籍)：_____
聯絡電話：() _____
手機：_____

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：_____)
縣 鄉鎮 村
市 市區 里 (街)
段 巷 弄 號 樓

教育：☐①無；☐②小學；☐③國(初)中；☐④高中(職)；☐⑤專科、大學；☐⑥研究所以上；☐⑦拒答

菸檳榔習慣

1. 嚼檳榔習慣：

- ☐①無；
☐②已戒；
☐③嚼 10 年以下，每天少於 20 顆；
☐④嚼 10 年以下，每天 20 顆及以上；
☐⑤嚼超過 10 年，每天少於 20 顆；
☐⑥嚼超過 10 年，每天 20 顆及以上。

2. 吸菸習慣：

- ☐①無；
☐②已戒；
☐③吸 10 年以下，每天少於 20 支；
☐④吸 10 年以下，每天 20 支及以上；
☐⑤吸超過 10 年，每天少於 20 支；
☐⑥吸超過 10 年，每天 20 支及以上。

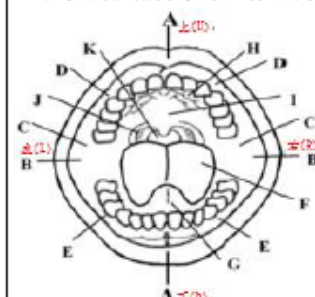
有無症狀

自覺口腔黏膜有無異常症狀？如異常顏色斑塊、口腔黏膜疼痛、難癒合之潰瘍及腫塊症狀 ☐①無；☐②有
本人同意接受口腔黏膜檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用，並確認以上菸檳榔習慣正確無誤：_____ (簽名)

口腔黏膜檢查情形 (初檢醫師填寫)

1. 檢查醫療院所名稱及代碼：_____
門診日期：民國_____年_____月_____日。
2. 檢查結果：
☐①未發現以下需轉介之異常；
需轉介，轉介原因 (單選；或同時出現兩種(含)以上原因，請將轉介原因代碼標示於口腔黏膜初檢異常部位標示圖並勾選編碼較小者)
☐①疑似口腔癌；☐②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；☐⑥非均質性白斑；☐⑦均質性厚白斑；☐⑧均質性薄白斑；☐⑨口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)
☐⑩約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛；
☐⑪扁平苔癬；☐⑫口腔黏膜不正常，但診斷未明；
☐⑬其他：_____。

口腔黏膜初檢異常部位標示圖



Au/Ab: 口唇
Bu/Bl: 頰黏膜
Cr/Cl: 白齒後三角區
Du/Dl: 上牙齦/齒槽黏膜
Eu/El: 下牙齦/齒槽黏膜
Fr/Fr: 舌
Gu/Gl: 口底黏膜
Hu/Hl: 硬腭
Lu/Ll: 軟腭
Ju/Jl: 扁桃體
Ku/Kl: 口咽後壁黏膜
L: 其他
Mu/Ml: 頸部腫塊

檢查醫師簽名或(蓋章)：_____

醫師執業執照號碼：_____

初篩疑似異常個案轉診單(建議轉介確認診斷醫院科別：口腔顎面外科、耳鼻喉科、口腔病理科、一般病理科)

1. 前項檢查疑似異常個案轉至 _____ 醫院接受確診
2. 轉診醫師：_____, 聯絡電話：_____

註：預防保健口腔黏膜檢查確認診斷及治療醫院查詢：請至健康署署網/癌症防治/相關核可醫療機構名單/口腔黏膜檢查確認診斷及治療醫院名單

B: 個案複檢(確診)結果 (由篩檢單位依據轉診單位通知之確診結果填寫)

1. 前項檢查疑似異常個案於檢查後 2 個月內有沒有接受後續複檢(確診)？☐①沒有；☐②有。
2. 沒有接受複檢(確診)理由為：☐①無法聯繫；☐②出國；☐③搬家；☐④死亡；☐⑤拒做；☐⑥其他_____
3. 複檢(確診)醫院名稱及代碼：_____
複檢(確診)日期：民國_____年_____月_____日
複檢(確診)醫師執業執照號碼：_____
4. 病理切片：☐①無；☐②有。
5. 診斷結果：
經臨床診斷(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變：
☐⑦無明顯異常
☐⑧疑似口腔癌；
☐⑨紅斑；
☐⑩紅白斑；
☐⑪非均質性白斑；☐⑫均質性厚白斑；
☐⑬均質性薄白斑；
☐⑭疣狀增生；☐⑮口腔黏膜下纖維化症；
☐⑯扁平苔癬或類扁平苔癬反應；
☐⑰其他：_____。

經病理診斷(確診)為：

- ☐①口腔癌；
☐②上皮變異 (☐③輕度☐④中度☐⑤重度)；
☐⑥其他：_____

6. 治療：

- ☐①無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入
☐②有做手術、放療、化療或其他治療，治療醫院名稱及代碼：_____
☐③個案拒絕治療，理由_____

一、確認簽名欄為格式調整。

二、修正修訂日期。

三、刪除 B 個案複檢(確診)

結果第三點：複檢(確

診)醫師執業執照號

碼。

四、修正口腔黏膜初檢異常部位標示圖。

健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單

(113 年 1 月修訂)

【本檢查由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助】

篩檢補助對象：30 歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣之民眾、18 歲以上未滿 30 歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民，每 2 年 1 次。

支付方式：☐ ① 預防保健；☐ ② 健保醫療給付；☐ ③ 其他公務預算補助；☐ ④ 自費健康檢查；☐ ⑤ 其他。
篩檢地點：☐ ① 社區或職場設站篩檢；☐ ② 醫療院所。
檢查醫師科別：☐ ① 牙科；☐ ② 耳鼻喉科；☐ ③ 經健康署核可之其他科別專科醫師。

A: **基本資料** (受檢者自填) 原住民：☐ 是 ☐ 否
姓名：_____ 性別：☐ 男 ☐ 女
出生日期：民國_____年_____月_____日
身分證統一編號：_____
統一證號(外籍)：_____
聯絡電話：() _____
手機：_____

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：_____)
縣 鄉鎮 村 路
市 市區 里 (街)
段 巷 弄 號 樓
教育：☐ ① 無；☐ ② 小學；☐ ③ 國(初)中；☐ ④ 高中(職)；☐ ⑤ 專科、大學；☐ ⑥ 研究所以上；☐ ⑦ 拒答

菸檳習慣

1. 嚼檳榔習慣：
☐ ① 無；
☐ ② 已戒；
☐ ③ 嚼 10 年以下，每天少於 20 顆；
☐ ④ 嚼 10 年以下，每天 20 顆及以上；
☐ ⑤ 嚼超過 10 年，每天少於 20 顆；
☐ ⑥ 嚼超過 10 年，每天 20 顆及以上。

2. 吸菸習慣：
☐ ① 無；
☐ ② 已戒；
☐ ③ 吸 10 年以下，每天少於 20 支；
☐ ④ 吸 10 年以下，每天 20 支及以上；
☐ ⑤ 吸超過 10 年，每天少於 20 支；
☐ ⑥ 吸超過 10 年，每天 20 支及以上。

有無症狀

自覺口腔黏膜有無異常症狀?如異常顏色斑塊、口腔黏膜疼痛、難癒合之潰瘍及腫塊症狀☐ ① 無；☐ ② 有
*本人同意接受口腔黏膜檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用。
確認以上資料及菸檳習慣資料正確無誤：

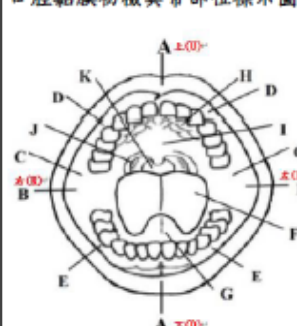
(簽名)

口腔黏膜檢查情形 (初檢醫師填寫)

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

☐ ⑭ 其他：_____。

口腔黏膜初檢異常部位標示圖



Au/Ao: 口唇
Bu/Bo: 頰黏膜
Cu/Co: 白齒後三角區
Du/Do: 上牙齦/齒槽黏膜
Eu/Eo: 下牙齦/齒槽黏膜
Fu/FO: 舌
Gu/Gu: 口底黏膜
Hu/Hu: 硬腭
Iu/Iu: 軟腭
Ju/Ju: 扁桃體
Ku/Ku: 口咽後壁黏膜
Lu: 其他
Mu/Mu: 頸部腫塊

檢查醫師簽名或(蓋章)：_____
醫師執業執照號碼：_____

初篩疑似異常個案轉診單(建議轉介確認診斷醫院科別：口腔顎面外科、耳鼻喉科、口腔病理科、一般病理科)

1. 前項檢查疑似異常個案轉至 _____ 醫院接受確診
2. 轉診醫師：_____, 聯絡電話：_____

註：預防保健口腔黏膜檢查確認診斷及治療醫院查詢：請至健康署署網/癌症防治/相關核可醫事機構名單/口腔黏膜檢查確認診斷及治療醫院名單

B: 個案複檢(確診)結果

(由篩檢單位依據轉診單位通知之確診結果後填寫)

1. 前項檢查疑似異常個案於檢查後 2 個月內有沒有接受後續複檢(確診)? ☐ ① 沒有；☐ ② 有。
2. 沒有接受複檢(確診)理由為：☐ ① 無法聯繫；☐ ② 出國；☐ ③ 搬家；☐ ④ 死亡；☐ ⑤ 拒做；☐ ⑥ 其他_____
3. 複檢(確診)醫院名稱及代碼：_____
複檢(確診)日期：民國_____年_____月_____日
4. 病理切片：☐ ① 無；☐ ② 有。
5. 診斷結果：
經臨床診斷(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變：

☐ ① 無明顯異常
☐ ② 疑似口腔癌；
☐ ③ 紅斑；
☐ ④ 紅白斑；
☐ ⑤ 非均質性白斑；☐ ⑥ 均質性厚白斑；
☐ ⑦ 均質性薄白斑；
☐ ⑧ 疣狀增生；☐ ⑨ 口腔黏膜下纖維化症；
☐ ⑩ 扁平苔癬或類扁平苔癬反應；
☐ ⑪ 其他：_____。

經病理診斷(確診)為：

☐ ① 口腔癌；
☐ ② 上皮變異 (☐ ③ 輕度 ☐ ④ 中度 ☐ ⑤ 重度)；
☐ ⑥ 其他：_____

6. 治療：

☐ ① 無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入
☐ ② 有做手術、放療、化療或其他治療，治療醫院名稱及代碼：_____
☐ ③ 個案拒絕治療，理由 _____

健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單

(112 年 0 月修訂)

【本檢查由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助】

篩檢補助對象：30 歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣之民眾、18 歲以上未滿 30 歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民，每 2 年 1 次。

支付方式：☐ ① 預防保健；☐ ② 健保醫療給付；☐ ③ 其他公務預算補助；☐ ④ 自費健康檢查；☐ ⑤ 其他。
篩檢地點：☐ ① 社區或職場設站篩檢；☐ ② 醫療院所。
檢查醫師科別：☐ ① 牙科；☐ ② 耳鼻喉科；☐ ③ 經健康署核可之其他科別專科醫師。

A: **基本資料** (受檢者自填) 原住民：☐ 是 ☐ 否
姓名：_____ 性別：☐ 男 ☐ 女
出生日期：民國_____年_____月_____日
身分證統一編號：_____
統一證號(外籍)：_____
聯絡電話：() _____
手機：_____

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：_____)
縣 鄉鎮 村 路
市 市區 里 (街)
段 巷 弄 號 樓
教育：☐ ① 無；☐ ② 小學；☐ ③ 國(初)中；☐ ④ 高中(職)；☐ ⑤ 專科、大學；☐ ⑥ 研究所以上；☐ ⑦ 拒答

菸檳習慣

1. 嚼檳榔習慣：
☐ ① 無；
☐ ② 已戒；
☐ ③ 嚼 10 年以下，每天少於 20 顆；
☐ ④ 嚼 10 年以下，每天 20 顆及以上；
☐ ⑤ 嚼超過 10 年，每天少於 20 顆；
☐ ⑥ 嚼超過 10 年，每天 20 顆及以上。

2. 吸菸習慣：
☐ ① 無；
☐ ② 已戒；
☐ ③ 吸 10 年以下，每天少於 20 支；
☐ ④ 吸 10 年以下，每天 20 支及以上；
☐ ⑤ 吸超過 10 年，每天少於 20 支；
☐ ⑥ 吸超過 10 年，每天 20 支及以上。

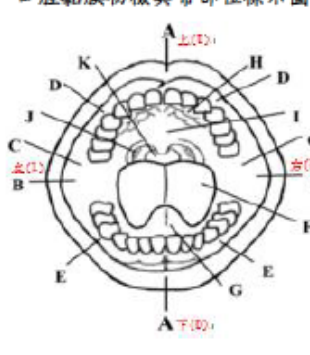
有無症狀

自覺口腔黏膜有無異常症狀?如異常顏色斑塊、口腔黏膜疼痛、難癒合之潰瘍及腫塊症狀☐ ① 無；☐ ② 有
本人同意接受口腔黏膜檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用，並確認以上菸檳習慣正確無誤：_____
(簽名)

口腔黏膜檢查情形 (初檢醫師填寫)

1. 檢查醫療院所名稱及代碼：_____
門診日期：民國_____年_____月_____日。
2. 檢查結果：
☐ ① 未發現以下需轉介之異常；
需轉介，轉介原因 (單選；或同時出現兩種(含)以上原因，請將轉介原因代碼標示於口腔黏膜初檢異常部位標示圖並勾選編碼較小者)
☐ ② 疑似口腔癌；☐ ③ 口腔內外不明原因之持續性腫塊；☐ ④ 紅斑；☐ ⑤ 紅白斑；☐ ⑥ 疣狀增生；☐ ⑦ 非均質性白斑；☐ ⑧ 均質性厚白斑；☐ ⑨ 均質性薄白斑；
☐ ⑩ 口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)
☐ ⑪ 約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛；
☐ ⑫ 扁平苔癬；☐ ⑬ 口腔黏膜不正常，但診斷未明；
☐ ⑭ 其他：_____。

口腔黏膜初檢異常部位標示圖



Au/Ao: 口唇
Bu/Bo: 頰黏膜
Cu/Co: 白齒後三角區
Du/Do: 上牙齦/齒槽黏膜
Eu/Eo: 下牙齦/齒槽黏膜
Fu/FO: 舌
Gu/Gu: 口底黏膜
Hu/Hu: 硬腭
Iu/Iu: 軟腭
Ju/Ju: 扁桃體
Ku/Ku: 口咽後壁黏膜
Lu: 其他
Mu/Mu: 頸部腫塊

檢查醫師簽名或(蓋章)：_____
醫師執業執照號碼：_____

初篩疑似異常個案轉診單(建議轉介確認診斷醫院科別：口腔顎面外科、耳鼻喉科、口腔病理科、一般病理科)

1. 前項檢查疑似異常個案轉至 _____ 醫院接受確診
2. 轉診醫師：_____, 聯絡電話：_____

註：預防保健口腔黏膜檢查確認診斷及治療醫院查詢：請至健康署署網/癌症防治/相關核可醫事機構名單/口腔黏膜檢查確認診斷及治療醫院名單

B: 個案複檢(確診)結果

(由篩檢單位依據轉診單位通知之確診結果後填寫)

1. 前項檢查疑似異常個案於檢查後 2 個月內有沒有接受後續複檢(確診)? ☐ ① 沒有；☐ ② 有。
2. 沒有接受複檢(確診)理由為：☐ ① 無法聯繫；☐ ② 出國；☐ ③ 搬家；☐ ④ 死亡；☐ ⑤ 拒做；☐ ⑥ 其他_____
3. 複檢(確診)醫院名稱及代碼：_____
複檢(確診)日期：民國_____年_____月_____日
複檢(確診)醫師執業執照號碼：_____
4. 病理切片：☐ ① 無；☐ ② 有。
5. 診斷結果：
經臨床診斷(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變：

☐ ① 無明顯異常
☐ ② 疑似口腔癌；
☐ ③ 紅斑；
☐ ④ 紅白斑；
☐ ⑤ 非均質性白斑；☐ ⑥ 均質性厚白斑；
☐ ⑦ 均質性薄白斑；
☐ ⑧ 疣狀增生；☐ ⑨ 口腔黏膜下纖維化症；
☐ ⑩ 扁平苔癬或類扁平苔癬反應；
☐ ⑪ 其他：_____。

經病理診斷(確診)為：

☐ ① 口腔癌；
☐ ② 上皮變異 (☐ ③ 輕度 ☐ ④ 中度 ☐ ⑤ 重度)；
☐ ⑥ 其他：_____

6. 治療：

☐ ① 無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入
☐ ② 有做手術、放療、化療或其他治療，治療醫院名稱及代碼：_____
☐ ③ 個案拒絕治療，理由 _____

修正文字。

附表六之六

健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項：

- 一、申報檢查結果資料或確診追蹤資料電子檔，其檔案第一筆必須按【表一】格式輸入醫事機構聯絡資料，俾利回覆資料檢核結果，第二筆以後資料則按【表二】或【表三】格式輸入個案之檢查結果資料或確診結果。
- 二、格式欄位 V 為必填、△為非必填或條件限制下必填；
- 三、英數文字請使用英數半型字元輸入，請勿使用全型數字字元（如：1 2 3 4 5 6 7 8 9 0）。
- 四、一個中文字算一個 byte。文件請用 ANSI 格式匯出。

表一、醫療機構聯絡資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	醫事機構代碼	文字	10	V	健保署特約醫事機構代碼
2	聯絡人姓名	文字	10	V	
3	聯絡人電話	文字	20	V	電話區號以括號表示；分機以#表示，如：(02) 34567890#123
4	回覆報告的電子信箱	文字	50	△	必須填寫正確電子信箱格式，如：test@email.com.tw
第一筆資料總長度			90		

表二、檢查結果資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	支付方式	文字	1	V	1：預防保健； 3：健保醫療給付； 4：其他公務預算補助； 5：自費健康檢查 9：其他
2	篩檢地點	文字	1	V	1：社區或職場設站篩檢； 2：醫療院所。
3	檢查醫師科別	文字	1	V	1：牙科； 2：耳鼻喉科； 3：經健康署核可之其他科別專科醫師。
4	醫令代碼	文字	2	V	95：30 歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者； 97：18 歲以上至未滿 30 歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民。
5	姓名	文字	10	V	以 10 個字元為上限，外國名亦同
6	性別	文字	1	V	1：男；2：女。
7	出生日期	文字	7	V	YYYYMMDD，例如 38 年 2 月 1 日鍵入 0380201
8	原住民	文字	1	V	1：是；2：否。
9	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受 5~10 碼，大寫半型英數字元。如：A123456789
10	聯絡電話	文字	20	△	電話區號以括號表示；分機以#表示，如：(02) 34567890#123
11	手機	文字	10	△	聯絡電話與手機擇一必填。

附表六之六

健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項：

- 一、申報檢查結果資料或確診追蹤資料電子檔，其檔案第一筆必須按【表一】格式輸入醫事機構聯絡資料，俾利回覆資料檢核結果，第二筆以後資料則按【表二】或【表三】格式輸入個案之檢查結果資料或確診結果。
- 二、格式欄位 V 為必填、△為非必填或條件限制下必填；
- 三、英數文字請使用英數半型字元輸入，請勿使用全型數字字元（如：1 2 3 4 5 6 7 8 9 0）。
- 四、一個中文字算一個 byte。文件請用 ANSI 格式匯出。

表一、醫療機構聯絡資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	醫事機構代碼	文字	10	V	健保署特約醫事機構代碼
2	聯絡人姓名	文字	10	V	
3	聯絡人電話	文字	20	V	電話區號以括號表示；分機以#表示，如：(02) 34567890#123
4	回覆報告的電子信箱	文字	50	△	必須填寫正確電子信箱格式，如：test@email.com.tw
第一筆資料總長度			90		

表二、檢查結果資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	支付方式	文字	1	V	1：預防保健； 3：健保醫療給付； 4：其他公務預算補助； 5：自費健康檢查 9：其他
2	篩檢地點	文字	1	V	1：社區或職場設站篩檢； 2：醫療院所。
3	檢查醫師科別	文字	1	V	1：牙科； 2：耳鼻喉科； 3：經健康署核可之其他科別專科醫師。
4	醫令代碼	文字	2	V	95：30 歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者； 97：18 歲以上至未滿 30 歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民。
5	姓名	文字	10	V	以 10 個字元為上限，外國名亦同
6	性別	文字	1	V	1：男；2：女。
7	出生日期	文字	7	V	YYYYMMDD，例如 38 年 2 月 1 日鍵入 0380201
8	原住民	文字	1	V	1：是；2：否。
9	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受 5~10 碼，大寫半型英數字元。如：A123456789
10	聯絡電話	文字	20	△	電話區號以括號表示；分機以#表示，如：(02) 34567890#123
11	手機	文字	10	△	聯絡電話與手機擇一必填。

12	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼 4 碼，非郵遞區號。 (請參考最新版鄉鎮市區代碼對照表)
13	地址	文字	60	V	
14	教育	文字	1	V	1：無 2：小學 3：國（初）中 4：高中（職） 5：專科、大學 6：研究所以上 7：拒答。
15	嚼檳榔	文字	1	V	0：無 1：已戒 2：嚼 10 年以下，每天少於 20 顆 3：嚼 10 年以下，每天 20 顆及以上 4：嚼超過 10 年，每天少於 20 顆 5：嚼超過 10 年，每天 20 顆及以上
16	吸菸	文字	1	V	0：無 1：已戒 2：吸 10 年以下，每天少於 20 支 3：吸 10 年以下，每天 20 支及以上 4：吸超過 10 年，每天少於 20 支 5：吸超過 10 年，每天 20 支及以上
17	有無症狀	文字	1	V	0：無 1：有
18	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	必須和上傳的醫療院所代碼相同
19	門診日期	文字	7	V	YYYYMMDD，例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201，服務對象看診日期
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	75	△	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，請以逗號分隔）。 AU：口唇(上) AD：口唇(下) BR：頰黏膜(右)

12	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼 4 碼，非郵遞區號。 (請參考最新版鄉鎮市區代碼對照表)
13	地址	文字	60	V	
14	教育	文字	1	V	1：無 2：小學 3：國（初）中 4：高中（職） 5：專科、大學 6：研究所以上 7：拒答。
15	嚼檳榔	文字	1	V	0：無 1：已戒 2：嚼 10 年以下，每天少於 20 顆 3：嚼 10 年以下，每天 20 顆及以上 4：嚼超過 10 年，每天少於 20 顆 5：嚼超過 10 年，每天 20 顆及以上
16	吸菸	文字	1	V	0：無 1：已戒 2：吸 10 年以下，每天少於 20 支 3：吸 10 年以下，每天 20 支及以上 4：吸超過 10 年，每天少於 20 支 5：吸超過 10 年，每天 20 支及以上
17	有無症狀	文字	1	V	0：無 1：有
18	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	必須和上傳的醫療院所代碼相同
19	門診日期	文字	7	V	YYYYMMDD，例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201，服務對象看診日期
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	75	△	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，請以逗號分隔）。 AU：口唇(上) AD：口唇(下) BR：頰黏膜(右)

					BL：頰黏膜(左) CR：白齒後三角區(右) CL：白齒後三角區(左) DR：上牙齦/齒槽黏膜(右) DL：上牙齦/齒槽黏膜(左) ER：下牙齦/齒槽黏膜(右) EL：下牙齦/齒槽黏膜(左) FR：舌(右) FL：舌(左) GR：口底黏膜(右) GL：口底黏膜(左) HR：硬腭(右) HL：硬腭(左) IR：軟腭(右) IL：軟腭(左) JR：扁桃體(右) JL：扁桃體(左) KR：口咽後壁黏膜(右) KL：口咽後壁黏膜(左) L：其他 MR：頸部腫塊(右) ML：頸部腫塊(左)
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	前項檢查疑似異常個案轉至醫院代碼	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	前項檢查疑似異常個案轉診醫院電話	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			346		

					BL：頰黏膜(左) CR：白齒後三角區(右) CL：白齒後三角區(左) DR：上牙齦/齒槽黏膜(右) DL：上牙齦/齒槽黏膜(左) ER：下牙齦/齒槽黏膜(右) EL：下牙齦/齒槽黏膜(左) FR：舌(右) FL：舌(左) GR：口底黏膜(右) GL：口底黏膜(左) HR：硬腭(右) HL：硬腭(左) IR：軟腭(右) IL：軟腭(左) JR：扁桃體(右) JL：扁桃體(左) KR：口咽後壁黏膜(右) KL：口咽後壁黏膜(左) L：其他 MR：頸部腫塊(右) ML：頸部腫塊(左)
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	前項檢查疑似異常個案轉至醫院代碼	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	前項檢查疑似異常個案轉診醫院電話	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			346		

表三、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	確診個案身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外藉統一證號，只接受 5~10 碼，大寫半型英數字元，如：A123456789。與表二序號 9 身分證統一編號或統一證號相同。
4	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	與表二的序號 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 與表二的序號 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	疑似異常個案二個月內後續確診	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：疑似異常個案後續確診為「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	複檢（確診）醫院代碼	文字	10	△	若 7：疑似異常個案後續確診為「1：有」時，此欄必填。健保署特約醫事機構代碼（一律為 10 碼）
11	複檢（確診）日期	文字	7	△	YYYYMMDD，例如 99 年 3 月 1 日鍵入 0990301 若 7：疑似異常個案後續確診為「1：有」時，此欄必填。
12	病理切片	文字	1	△	0：無；1：有。 若 11：複檢（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 12：紅斑； 13：紅白斑； 14：疣狀增生； 15：口腔黏膜纖維化； 16：扁平苔蘚或類扁平苔蘚反應； 20：疑似口腔癌 99：其他 若 11：複檢（確診）日期有填寫時，此欄必填。
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	經病理診斷（確診）結果-病理診斷	文字	2	△	21：口腔癌； 22：上皮變異； 23：輕度上皮變異； 24：中度上皮變異；

表三、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	身分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	與表二的序號 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 與表二的序號 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	疑似異常個案二個月內後續確診	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：疑似異常個案後續確診為「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	複檢（確診）醫院代碼	文字	10	△	若 7：疑似異常個案後續確診為「1：有」時，此欄必填。健保署特約醫事機構代碼（一律為 10 碼）
11	複檢（確診）日期	文字	7	△	YYYYMMDD，例如 99 年 3 月 1 日鍵入 0990301 若 7：疑似異常個案後續確診為「1：有」時，此欄必填。
12	複檢（確診）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
13	病理切片	文字	1	△	0：無；1：有。 若 11：複檢（確診）日期有填寫時，此欄必填。
14	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 12：紅斑； 13：紅白斑； 14：疣狀增生； 15：口腔黏膜纖維化； 16：扁平苔蘚或類扁平苔蘚反應； 20：疑似口腔癌 99：其他 若 11：複檢（確診）日期有填寫時，此欄必填。
15	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）
16	經病理診斷（確診）結果-病理診斷	文字	2	△	21：口腔癌； 22：上皮變異； 23：輕度上皮變異； 24：中度上皮變異；

一、修正表三序號三之欄位名稱及備註說明。

二、刪除序號 12 複檢(確診)醫事執業執照號碼資料。

三、序號標號修正。

四、修正總長度字元。

五、修正序號 15、16、17 及 18 之備註內容標號。

					25：重度上皮變異； 99：其他。 若 12 之病理切片為「1 有」時為必填。
16	經病理診斷（確診）結果-病理診斷-其他敘述	文字	40	△	經 15 病理診斷（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：複檢（確診）日期有填寫時，13 診斷（確診）結果非「00：正常」時，此欄必填。 若 11：複檢（確診）日期有填寫時，且 15 診斷（確診）結果非空白時，此欄必填。
18	治療醫院代碼	文字	10	△	若 17：治療為「1 有」時必填。 疑似異常個案後續確診為「0 沒有」時非必填。
每筆資料總長度			211		

表四、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	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受 5~10 碼，大寫半型英數字元，如：A123456789。
2	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	檢查醫療院所代碼
3	門診日期	文字	7	V	YYMMDD，例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201
每筆資料總長度			27		

表五、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	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受 5~10 碼，大寫半型英數字元，如：A123456789。
2	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	檢查醫療院所代碼
3	門診日期	文字	7	V	YYMMDD，例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201
每筆資料總長度			27		

上述表四及表五的刪除欄位均相同，取決於檔案命名方式來判斷是要刪除 OralA 還是 OralB

					25：重度上皮變異； 99：其他。 若 13 之病理切片為「1 有」時為必填。
17	經病理診斷（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。
18	治療	文字	1	△	0：無； 1：有； 2：個案拒絕治療。 若 11：複檢（確診）日期有填寫時，14 診斷（確診）結果非「00：正常」時，此欄必填。 若 11：複檢（確診）日期有填寫時，且 16 診斷（確診）結果非空白時，此欄必填。
19	治療醫院代碼	文字	10	△	若 18：治療為「1 有」時必填。 疑似異常個案後續確診為「0 沒有」時非必填。
每筆資料總長度			221		

表四、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	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	
2	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	檢查醫療院所代碼
3	門診日期	文字	7	V	YYMMDD，例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201
每筆資料總長度			27		

表五、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	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	
2	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	檢查醫療院所代碼
3	門診日期	文字	7	V	YYMMDD，例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201
每筆資料總長度			27		

上述表四及表五的刪除欄位均相同，取決於檔案命名方式來判斷是要刪除 OralA 還是 OralB

修正表四口腔篩檢刪除資料之備註說明。

Txt 檔產出規則 一、口腔檢查結果：每筆資料均為固定長度，共 26 個欄位／346 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。 二、口腔確診追蹤：每筆資料均為固定長度，共 <u>18</u> 個欄位／<u>211</u> 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。 三、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 一、口腔檢查結果：每筆資料均為固定長度，共 26 個欄位／346 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。 二、口腔確診追蹤：每筆資料均為固定長度，共 <u>19</u> 個欄位／<u>221</u> 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。 三、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。	修正 TXT 檔產出規則第二點：口腔確診追蹤之欄位及字元數。
---	---	---------------------------------------

附表七之二 成人預防保健服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
21	IC21	四十歲以上未滿六十五歲者，每三年補助一次	第一階段 一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐。 三、尿液檢查：蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	300
23	IC21		第二階段 一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
22	IC22	六十五歲以上者，每年補助一次	第一階段 一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐。 三、尿液檢查：蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	300
24	IC22		第二階段 一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
25	IC23	罹患小兒麻痺且年在三十五歲以上者，每年補助一次	第一階段 一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐。 三、尿液檢查：蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	300

附表七之二 成人預防保健服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
21	IC21	四十歲以上未滿六十五歲者，每三年補助一次	第一階段 一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐。 三、尿液檢查：蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	300
23	IC21		第二階段 一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
22	IC22	六十五歲以上者，每年補助一次	第一階段 一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐。 三、尿液檢查：蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	300
24	IC22		第二階段 一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
25	IC23	罹患小兒麻痺且年在三十五歲以上者，每年補助一次	第一階段 一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐。 三、尿液檢查：蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	300

修正備註：成人預防保健服務申請執費規定。

26	IC23		第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
27	IC24	身分別為原住民且五十五歲以上未滿六十五歲，每年補助一次	第一階段	一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐。 三、尿液檢查：蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	300
28	IC24		第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
21+L1001C 限併同申報 (自一百零九年十一月一日起暫停使用)	IC21	民國五十五年以後(含五十五年)出生且滿四十五歲，終身補助一次	第一階段	一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐、B型肝炎表面抗原、C型肝炎抗體檢查。【B、C型肝炎實驗室檢查採用酵素免疫分析法(enzyme-link immunosorbent assay, ELISA)或同等級(含)以上的方法。】 三、尿液檢查：蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	500
23	IC21		第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
25+L1001C 限併同申報	IC23	民國五十五年以後(含	第一階段	一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、	500

26	IC23		第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
27	IC24	身分別為原住民且五十五歲以上未滿六十五歲，每年補助一次	第一階段	一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐。 三、尿液檢查：蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	300
28	IC24		第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
21+L1001C 限併同申報 (自一百零九年十一月一日起暫停使用)	IC21	民國五十五年以後(含五十五年)出生且滿四十五歲，終身補助一次	第一階段	一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐、B型肝炎表面抗原、C型肝炎抗體檢查。【B、C型肝炎實驗室檢查採用酵素免疫分析法(enzyme-link immunosorbent assay, ELISA)或同等級(含)以上的方法。】 三、尿液檢查：蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	500
23	IC21		第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
25+L1001C 限併同申報	IC23	民國五十五年以後(含	第一階段	一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、	500

(自一百零九年十一月一日起暫停使用)		五十五年) 出生且滿四十五歲之罹患小兒麻痺者，終身補助一次		長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油脂、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐、B 型肝炎表面抗原、C 型肝炎抗體檢查。【B、C 型肝炎實驗室檢查採用酵素免疫分析法 (enzyme-link immunosorbent assay, ELISA) 或同等級以上的方法。】 三、尿液檢查：蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	
26	IC23		第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
27+L1001C (自一百零八年六月一日生效，一百零九年十一月一日起暫停使用)	IC24	身分別為原住民且四十歲以上未滿六十一歲者，終身補助一次	第一階段	一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油脂、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐、B 型肝炎表面抗原、C 型肝炎抗體檢查。【B、C 型肝炎實驗室檢查採用酵素免疫分析法 (enzyme-link immunosorbent assay, ELISA) 或同等級以上的方法。】 三、尿液檢查：蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	500
28	IC24		第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
L1001C (自一百零九年九月二十八日生效)	IC21 IC22 IC23 IC24 IC29	四十五歲至七十九歲者，終身補助一次。 身分別為原住民四十歲至七十九歲者，終身補助一次		因應 B、C 型肝炎擴大篩檢方案，可單獨提供 B 型肝炎表面抗原、C 型肝炎抗體檢查。【B、C 型肝炎實驗室檢查採用酵素免疫分析法 (enzyme-link immunosorbent assay, ELISA) 或同等級以上的方法。】，與一百年八月一日開始實施之 B、C 型肝炎篩檢相同，唯年齡範圍擴大，仍限終身補助一次。	200

(自一百零九年十一月一日起暫停使用)		五十五年) 出生且滿四十五歲之罹患小兒麻痺者，終身補助一次		長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油脂、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐、B 型肝炎表面抗原、C 型肝炎抗體檢查。【B、C 型肝炎實驗室檢查採用酵素免疫分析法 (enzyme-link immunosorbent assay, ELISA) 或同等級以上的方法。】 三、尿液檢查：蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	
26	IC23		第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
27+L1001C (自一百零八年六月一日生效，一百零九年十一月一日起暫停使用)	IC24	身分別為原住民且四十歲以上未滿六十一歲者，終身補助一次	第一階段	一、受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱檢測。 二、生化檢查：飯前血糖、總膽固醇、三酸甘油脂、高密度脂蛋白膽固醇、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐、B 型肝炎表面抗原、C 型肝炎抗體檢查。【B、C 型肝炎實驗室檢查採用酵素免疫分析法 (enzyme-link immunosorbent assay, ELISA) 或同等級以上的方法。】 三、尿液檢查：蛋白質。 四、腎絲球過濾率計算。 五、低密度脂蛋白膽固醇計算。	500
28	IC24		第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與建議。 二、身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 三、健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
L1001C (自一百零九年九月二十八日生效)	IC21 IC22 IC23 IC24 IC29	四十五歲至七十九歲者，終身補助一次。 身分別為原住民四十歲至七十九歲者，終身補助一次		因應 B、C 型肝炎擴大篩檢方案，可單獨提供 B 型肝炎表面抗原、C 型肝炎抗體檢查。【B、C 型肝炎實驗室檢查採用酵素免疫分析法 (enzyme-link immunosorbent assay, ELISA) 或同等級以上的方法。】，與一百年八月一日開始實施之 B、C 型肝炎篩檢相同，唯年齡範圍擴大，仍限終身補助一次。	200

備註：

一、成人預防保健服務代碼(21至28)之服務項目，自一百零九年八月一日開始實施。

二、四十五歲至七十九歲及身分別為原住民四十歲至七十九歲，終身補助一次B、C型肝炎篩檢，並自一百零九年九月二十八日開始實施，並應配合如下：

(一)民眾如同時符合成人預防保健服務資格者，經民眾同意得併同成健第一階段提供服務。

(二)另考量檢查後之追蹤管理，如僅提供B、C型肝炎檢查服務(醫令代碼L1001C)，不提供雙軌作業(即醫事檢驗機構僅得提供代檢，其餘申報或其他相關作業按現行規定辦理)。

(三)醫令代碼「21+L1001C」、「25+L1001C」及「27+L1001C」，自一百零九年十一月一日起暫停使用。

(四)併同成健第一階段提供服務時，就醫序號如下：四十五至六十四歲及四十至五十四歲原住民者請填「IC21」、六十五至七十九歲(含原住民)者請填「IC22」、四十五至七十九歲罹患小兒麻痺者請填「IC23」、五十五至六十四歲原住民請填「IC24」；如單獨提供B、C型肝炎檢查請填「IC29」。

(五)併同成健第一階段提供服務時，應以同一案件申報，醫令代碼申報二筆(成健醫令代碼21/22/25/27及代碼L1001C)。

三、特約醫事服務機構辦理成人預防保健服務，其二階段服務間隔時間超過三個月者；違反規定者，本部不予核付第二階段服務之費用。

四、醫事服務機構辦理成人預防保健服務，委託醫事檢驗機構代檢者，其第一階段檢驗(查)服務費用，由醫事服務機構申報。如由醫事檢驗機構申報者，應先向健保署申請執行成人預防保健服務項目。未向健保署申請執行成人預防保健服務項目之醫事檢驗機構不得申報成健服務費用。

五、視力包括左、右眼裸眼及左、右眼矯正視力。

六、所定金額包括醫師診察、身體檢查、健康諮詢、結果判讀與建議、血液尿液檢查費用、護理人員服務、電子資料處理(含檢查結果電子資料檔)、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本(如水電、建築及設備或其他雜項支出)，申報費用時應檢附檢查結果電子資料檔。

七、有關年齡條件篩檢間隔條件及二階段間隔條件或其他之檢核條件如下：

(一)醫令代碼21、23：40≤就醫年-出生年≤64

(二)醫令代碼21：當次就醫年-前次就醫年≥3

(三)醫令代碼23：當次就醫年-前次就醫年≥2；第一階段醫令代碼21需符合篩檢條件

(四)醫令代碼22、24：就醫年-出生年≥65

(五)醫令代碼24：就醫年-出生年=65者第一階段醫令代碼(21、22、25或27)需符合篩檢條件；

就醫年-出生年>65者第一階段醫令代碼(22)需符合篩檢條件

(六)醫令代碼25、26：就醫年-出生年≥35

(七)醫令代碼26：第一階段醫令代碼25需符合篩檢條件

(八)醫令代碼27、28：55≤就醫年-出生年≤64

(九)醫令代碼22、25、27：當次就醫年-前次就醫年≥1

(十)醫令代碼28：第一階段醫令代碼27需符合篩檢條件

(十一)醫令代碼L1001C：一般民眾(含罹患小兒麻痺者)為45≤就醫年-出生年≤79，原住民為40≤就醫年-出生年≤79，終身補助一次

(十二)0≤「23」執行年月-「21」執行年月≤3

(十三)0≤「24」執行年月-「22/21/25/27」執行年月≤3

(21/25/27:限第一階段就醫年-出生年=64，第二階段就醫年-出生年=65)

(十四)0≤「26」執行年月-「25」執行年月≤3

(十五)0≤「28」執行年月-「27」執行年月≤3

八、醫事檢驗機構申報作業填表說明：

(一)依醫療機構交付之處方執行成人預防保健第一階段檢驗檢查服務：

1、欄位IDd21填報「原處方服務機構代號」及診治醫事人員代號等資料。

2、欄位IDd1「案件分類」填報「1：一般處方檢驗(查)」。

(二)依雙軌作業方式直接提供服務對象成人預防保健第一階段檢驗檢查服務：

1、欄位IDd21「原處方服務機構代號」填報「N」。

2、欄位IDd1「案件分類」填報「2：成人預防保健第一階段」。

(三)當提供B、C型肝炎篩檢服務後，如C型肝炎篩檢陽性，則民眾無須回診，院所可逕執行C型肝炎-核糖核酸類定量擴增試驗(費用由健保支付)，相關申報方式，請參閱健保署公告自費用年月一百十年十月起生效之「HCV Reflex Testing申報方式」辦理。

九、如申請辦理成人預防保健社區巡迴服務，請申報時，於「特定治療項目代號」欄位輸入「K2」。

備註：

一、成人預防保健服務代碼(21至28)之服務項目，自一百零九年八月一日開始實施。

二、四十五歲至七十九歲及身分別為原住民四十歲至七十九歲，終身補助一次B、C型肝炎篩檢，並自一百零九年九月二十八日開始實施，並應配合如下：

(一)民眾如同時符合成人預防保健服務資格者，經民眾同意得併同成健第一階段提供服務。

(二)另考量檢查後之追蹤管理，如僅提供B、C型肝炎檢查服務(醫令代碼L1001C)，不提供雙軌作業(即醫事檢驗機構僅得提供代檢，其餘申報或其他相關作業按現行規定辦理)。

(三)醫令代碼「21+L1001C」、「25+L1001C」及「27+L1001C」，自一百零九年十一月一日起暫停使用。

(四)併同成健第一階段提供服務時，就醫序號如下：四十五至六十四歲及四十至五十四歲原住民者請填「IC21」、六十五至七十九歲(含原住民)者請填「IC22」、四十五至七十九歲罹患小兒麻痺者請填「IC23」、五十五至六十四歲原住民請填「IC24」；如單獨提供B、C型肝炎檢查請填「IC29」。

(五)併同成健第一階段提供服務時，應以同一案件申報，醫令代碼申報二筆(成健醫令代碼21/22/25/27及代碼L1001C)。

三、特約醫事服務機構辦理成人預防保健服務，其二階段服務間隔時間超過三個月者；違反規定者，本部不予核付第二階段服務之費用。

四、醫事服務機構辦理成人預防保健服務，委託醫事檢驗機構代檢者，其第一階段檢驗(查)服務費用，由醫事服務機構申報。如由醫事檢驗機構申報者，應先向健保署申請執行成人預防保健服務項目。

五、視力包括左、右眼裸眼及左、右眼矯正視力。

六、所定金額包括醫師診察、身體檢查、健康諮詢、結果判讀與建議、血液尿液檢查費用、護理人員服務、電子資料處理(含檢查結果電子資料檔)、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本(如水電、建築及設備或其他雜項支出)，申報費用時應檢附檢查結果電子資料檔。

七、有關年齡條件篩檢間隔條件及二階段間隔條件或其他之檢核條件如下：

(一)醫令代碼21、23：40≤就醫年-出生年≤64

(二)醫令代碼21：當次就醫年-前次就醫年≥3

(三)醫令代碼23：當次就醫年-前次就醫年≥2；第一階段醫令代碼21需符合篩檢條件

(四)醫令代碼22、24：就醫年-出生年≥65

(五)醫令代碼24：就醫年-出生年=65者第一階段醫令代碼(21、22、25或27)需符合篩檢條件；

就醫年-出生年>65者第一階段醫令代碼(22)需符合篩檢條件

(六)醫令代碼25、26：就醫年-出生年≥35

(七)醫令代碼26：第一階段醫令代碼25需符合篩檢條件

(八)醫令代碼27、28：55≤就醫年-出生年≤64

(九)醫令代碼22、25、27：當次就醫年-前次就醫年≥1

(十)醫令代碼28：第一階段醫令代碼27需符合篩檢條件

(十一)醫令代碼L1001C：一般民眾(含罹患小兒麻痺者)為45≤就醫年-出生年≤79，原住民為40≤就醫年-出生年≤79，終身補助一次

(十二)0≤「23」執行年月-「21」執行年月≤3

(十三)0≤「24」執行年月-「22/21/25/27」執行年月≤3

(21/25/27:限第一階段就醫年-出生年=64，第二階段就醫年-出生年=65)

(十四)0≤「26」執行年月-「25」執行年月≤3

(十五)0≤「28」執行年月-「27」執行年月≤3

八、醫事檢驗機構申報作業填表說明：

(一)依醫療機構交付之處方執行成人預防保健第一階段檢驗檢查服務：

1、欄位IDd21填報「原處方服務機構代號」及診治醫事人員代號等資料。

2、欄位IDd1「案件分類」填報「1：一般處方檢驗(查)」。

(二)依雙軌作業方式直接提供服務對象成人預防保健第一階段檢驗檢查服務：

1、欄位IDd21「原處方服務機構代號」填報「N」。

2、欄位IDd1「案件分類」填報「2：成人預防保健第一階段」。

(三)當提供B、C型肝炎篩檢服務後，如C型肝炎篩檢陽性，則民眾無須回診，院所可逕執行C型肝炎-核糖核酸類定量擴增試驗(費用由健保支付)，相關申報方式，請參閱健保署公告自費用年月一百十年十月起生效之「HCV Reflex Testing申報方式」辦理。

九、如申請辦理成人預防保健社區巡迴服務，請申報時，於「特定治療項目代號」欄位輸入「K2」。

附表七之六 健康署成人預防保健服務檢查紀錄結果表單
資料電子檔申報格式

序號	欄位名稱	屬性	長度	備註	註：“△”為B、C型肝炎篩檢必填欄位
1	身分證統一編號	Character	10	共 10 碼/第 1 碼為英文	“△”
2	性別	Character	1	1：男；2：女	“△”
3	出生日期	Date	7	YYMMDD（共 7 碼/數字）	“△”
4	電話	Character	10		“△”
5	戶籍地	Character	4	0100：臺北市；0300：臺中市；0500：臺南市；0700：高雄市；1100：基隆市；1200：新竹市；2200：嘉義市；3100：新北市；3200：桃園縣；3300：新竹縣；3400：宜蘭縣；3500：苗栗縣；3700：彰化縣；3800：南投縣；3900：雲林縣；4000：嘉義縣；4300：屏東縣；4400：澎湖縣；4500：花蓮縣；4600：臺東縣；9000：金門縣；9100：連江縣	“△”
6	醫事機構代號	Character	10	共 10 碼	“△”
7	委託代檢醫事檢驗機構代號	Character	10	共 10 碼	“△”
8	第一階段檢查日期	Date	7	YYMMDD（共 7 碼/數字）	“△”
9	第二階段檢查日期	Date	7	YYMMDD（共 7 碼/數字）	
10	檢查結果上傳日期	Date	7	YYMMDD（共 7 碼/數字）	“△”
11	曾於成人預防保健服務時接受過 B、C 型肝炎檢查	Character	1	1：否 2：是 3：本次僅提供 B、C 型肝炎檢查 (註：如本次僅單獨提供 B、C 型肝炎檢查服務，請填“3”)	“△”
12	疾病史：高血壓	Character	1	1：無；2：有	
13	疾病史：糖尿病	Character	1	1：無；2：有	
14	疾病史：高血脂症	Character	1	1：無；2：有	
15	疾病史：心臟病	Character	1	1：無；2：有	
16	疾病史：腦中風	Character	1	1：無；2：有	
17	疾病史：腎臟病	Character	1	1：無；2：有	
18	吸菸	Character	1	1：不吸菸 2：朋友敬菸或應酬才吸菸 3：平均一天約吸一包菸（含以下） 4：平均一天約吸一包菸以上	
19	喝酒	Character	1	1：不喝酒 2：偶爾喝酒或應酬才喝 3：經常喝酒	
20	嚼檳榔	Character	1	1：不嚼檳榔 2：偶爾會嚼或應酬才嚼 3：經常嚼或習慣在嚼	
21	運動	Character	1	1：沒有 2：有，但未達每週 150 分鐘以上（2.5 小時）	

附表七之六 健康署成人預防保健服務檢查紀錄結果表單
資料電子檔申報格式

序號	欄位名稱	屬性	長度	備註	註：“△”為B、C型肝炎篩檢必填欄位
1	身分證統一編號	Character	10	共 10 碼/第 1 碼為英文	“△”
2	性別	Character	1	1：男；2：女	“△”
3	出生日期	Date	7	YYMMDD（共 7 碼/數字）	“△”
4	電話	Character	10		“△”
5	戶籍地	Character	4	0100：臺北市；0300：臺中市；0500：臺南市；0700：高雄市；1100：基隆市；1200：新竹市；2200：嘉義市；3100：新北市；3200：桃園縣；3300：新竹縣；3400：宜蘭縣；3500：苗栗縣；3700：彰化縣；3800：南投縣；3900：雲林縣；4000：嘉義縣；4300：屏東縣；4400：澎湖縣；4500：花蓮縣；4600：臺東縣；9000：金門縣；9100：連江縣	“△”
6	醫事機構代號	Character	10	共 10 碼	“△”
7	委託代檢醫事檢驗機構代號	Character	10	共 10 碼	“△”
8	第一階段檢查日期	Date	7	YYMMDD（共 7 碼/數字）	“△”
9	第二階段檢查日期	Date	7	YYMMDD（共 7 碼/數字）	
10	檢查結果上傳日期	Date	7	YYMMDD（共 7 碼/數字）	“△”
11	曾於成人預防保健服務時接受過 B、C 型肝炎檢查	Character	1	1：否 2：是 3：本次僅提供 B、C 型肝炎檢查 (註：如本次僅單獨提供 B、C 型肝炎檢查服務，請填“3”)	“△”
12	疾病史：高血壓	Character	1	1：無；2：有	“△”
13	疾病史：糖尿病	Character	1	1：無；2：有	“△”
14	疾病史：高血脂症	Character	1	1：無；2：有	“△”
15	疾病史：心臟病	Character	1	1：無；2：有	“△”
16	疾病史：腦中風	Character	1	1：無；2：有	“△”
17	疾病史：腎臟病	Character	1	1：無；2：有	“△”
18	吸菸	Character	1	1：不吸菸 2：朋友敬菸或應酬才吸菸 3：平均一天約吸一包菸（含以下） 4：平均一天約吸一包菸以上	
19	喝酒	Character	1	1：不喝酒 2：偶爾喝酒或應酬才喝 3：經常喝酒	
20	嚼檳榔	Character	1	1：不嚼檳榔 2：偶爾會嚼或應酬才嚼 3：經常嚼或習慣在嚼	
21	運動	Character	1	1：沒有 2：有，但未達每週 150 分鐘以上（2.5 小時）	

修正序號 12-17，註△為
B、C 型肝炎篩檢必填欄位。

				3：有，且每週達 150 分鐘以上（2.5 小時）	
22	憂鬱檢測：第一題	Character	1	1：否；2：是	
23	憂鬱檢測：第二題	Character	1	1：否；2：是	
24	身高	Numeric	3	xxx（cm）	
25	體重	Numeric	3	xxx（kg）	
26	收縮壓	Numeric	3	xxx（mmHg）	
27	舒張壓	Numeric	3	xxx（mmHg）	
28	腰圍	Numeric	4	xx.x（吋）或 xxxx（公分）	
29	BMI	Numeric	5	xxx.x	
30	尿液蛋白質	Numeric	4	定量：xxxx（mg/dl）或 定性：0000：—；1100：+/-；1111：+；2222：++；3333：+++；4444：++++	
31	血糖	Numeric	3	xxx（mg/dl）	
32	總膽固醇	Numeric	3	xxx（mg/dl）	
33	三酸甘油脂	Numeric	4	xxxx（mg/dl）	
34	低密度脂蛋白膽固醇計算	Numeric	4	xxxx（mg/dl）	
35	高密度脂蛋白膽固醇	Numeric	4	xxxx（mg/dl）	
36	GOT	Numeric	4	xxxx（IU/l）	
37	GPT	Numeric	4	xxxx（IU/l）	
38	肌酸酐	Numeric	4	x.xx（mg/dl）	
39	腎絲球過濾率（eGFR）計算	Numeric	5	xxx.x（ml/min/1.73m ² ）	
40	B 型肝炎表面抗原（HBsAg）	Character	1	1：陰性；2：陽性；3：未執行	“△”
41	C 型肝炎抗體（Anti-HCV）	Character	1	1：陰性；2：陽性；3：未執行	“△”
42	健康諮詢：戒菸	Character	1	1：否；2：是	
43	健康諮詢：節酒	Character	1	1：否；2：是	
44	健康諮詢：戒檳榔	Character	1	1：否；2：是	
45	健康諮詢：規律運動	Character	1	1：否；2：是	
46	健康諮詢：維持正常體重	Character	1	1：否；2：是	
47	健康諮詢：健康飲食	Character	1	1：否；2：是	
48	健康諮詢：事故傷害預防	Character	1	1：否；2：是	
49	健康諮詢：口腔保健	Character	1	1：否；2：是	
50	血壓檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：異常：建議：進一步檢查 4：異常：建議：接受治療	
51	血糖檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤	

				3：有，且每週達 150 分鐘以上（2.5 小時）	
22	憂鬱檢測：第一題	Character	1	1：否；2：是	
23	憂鬱檢測：第二題	Character	1	1：否；2：是	
24	身高	Numeric	3	xxx（cm）	
25	體重	Numeric	3	xxx（kg）	
26	收縮壓	Numeric	3	xxx（mmHg）	
27	舒張壓	Numeric	3	xxx（mmHg）	
28	腰圍	Numeric	4	xx.x（吋）或 xxxx（公分）	
29	BMI	Numeric	5	xxx.x	
30	尿液蛋白質	Numeric	4	定量：xxxx（mg/dl）或 定性：0000：—；1100：+/-；1111：+；2222：++；3333：+++；4444：++++	
31	血糖	Numeric	3	xxx（mg/dl）	
32	總膽固醇	Numeric	3	xxx（mg/dl）	
33	三酸甘油脂	Numeric	4	xxxx（mg/dl）	
34	低密度脂蛋白膽固醇計算	Numeric	4	xxxx（mg/dl）	
35	高密度脂蛋白膽固醇	Numeric	4	xxxx（mg/dl）	
36	GOT	Numeric	4	xxxx（IU/l）	
37	GPT	Numeric	4	xxxx（IU/l）	
38	肌酸酐	Numeric	4	x.xx（mg/dl）	
39	腎絲球過濾率（eGFR）計算	Numeric	5	xxx.x（ml/min/1.73m ² ）	
40	B 型肝炎表面抗原（HBsAg）	Character	1	1：陰性；2：陽性；3：未執行	“△”
41	C 型肝炎抗體（Anti-HCV）	Character	1	1：陰性；2：陽性；3：未執行	“△”
42	健康諮詢：戒菸	Character	1	1：否；2：是	
43	健康諮詢：節酒	Character	1	1：否；2：是	
44	健康諮詢：戒檳榔	Character	1	1：否；2：是	
45	健康諮詢：規律運動	Character	1	1：否；2：是	
46	健康諮詢：維持正常體重	Character	1	1：否；2：是	
47	健康諮詢：健康飲食	Character	1	1：否；2：是	
48	健康諮詢：事故傷害預防	Character	1	1：否；2：是	
49	健康諮詢：口腔保健	Character	1	1：否；2：是	
50	血壓檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：異常：建議：進一步檢查 4：異常：建議：接受治療	
51	血糖檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤	

				3：異常：建議：進一步檢查 4：異常：建議：接受治療	
52	血 脂肪檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：異常：建議：進一步檢查 4：異常：建議：接受治療	
53	腎功能檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：異常：建議：進一步檢查 4：異常：建議：接受治療	
54	肝功能檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：異常：建議：進一步檢查 4：異常：建議：接受治療	
55	代謝症候群檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：沒有 2：有：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：有：建議：進一步檢查 4：有：建議：接受治療	
56	B 型肝炎檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：陰性 2：陽性，建議進一步檢查	“△”
57	C 型肝炎檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：陰性 2：陽性，建議進一步檢查	“△”
58	憂鬱檢測	Character	1	0：無 1：2 題皆答「否」 2：2 題任 1 題答「是」，建議轉介至相關單位接受進一步服務	
59	受檢民眾姓名	中文	20		“△”
60	診治醫師代號	Character	10	共 10 碼/第 1 碼為英文	

				3：異常：建議：進一步檢查 4：異常：建議：接受治療	
52	血 脂肪檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：異常：建議：進一步檢查 4：異常：建議：接受治療	
53	腎功能檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：異常：建議：進一步檢查 4：異常：建議：接受治療	
54	肝功能檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：異常：建議：進一步檢查 4：異常：建議：接受治療	
55	代謝症候群檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：沒有 2：有：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：有：建議：進一步檢查 4：有：建議：接受治療	
56	B 型肝炎檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：陰性 2：陽性，建議進一步檢查	“△”
57	C 型肝炎檢查結果與建議	Character	1	0：無 1：陰性 2：陽性，建議進一步檢查	“△”
58	憂鬱檢測	Character	1	0：無 1：2 題皆答「否」 2：2 題任 1 題答「是」，建議轉介至相關單位接受進一步服務	
59	受檢民眾姓名	中文	20		“△”
60	診治醫師代號	Character	10	共 10 碼/第 1 碼為英文	

附件

衛生福利部國民健康署 肺癌早期偵測計畫

112 年 9 月 22 日版

壹、前言：

肺癌是全球癌症死因第1位。臺灣肺癌標準化死亡率雖自100年每十萬人26人下降至110年每十萬人22.2人，下降了14.6%，但仍連續12年高居臺灣癌症標準化死亡率首位，110年共10,040人死於肺癌，佔所有癌症死亡人數的五分之一(19.4%)。肺癌是臺灣發生率第2高的癌症，109年共16,370人罹患肺癌。近10年我國肺癌新診斷個案5年相對存活率雖自96-100年的17.7%，倍增至105-109年38.2%，惟存活率相對低，與肝癌相當。肺癌個案存活率低，主要與診斷期別有關，109年肺癌確診個案有4.4%被診斷為0期，有29.0%被診斷為1期，有3.7%被診斷為2期，有11.8%被診斷為3期，有51.1%被診斷為4期。目前第1期肺癌之5年存活率約9成，到了第2期接近6成，第3期則下降到約3成，但如果延誤治療到第4期才就醫，5年存活率就僅剩1成。近年因民眾自費接受低劑量電腦斷層(以下簡稱LDCT)健康檢查提升，0期及1期肺癌個案顯著增加，惟目前每2位肺癌個案就有1人診斷時已第4期。

國際上，美國國家肺癌篩檢試驗(NLST)結果顯示，以LDCT篩檢55-74歲吸菸族群(吸菸史大於30包-年，且持續抽菸或戒菸小於15年)，較X光可降低肺癌死亡率約2成。歐洲荷蘭、比利時發起之肺癌篩檢試驗(NELSON)結果顯示，以LDCT篩檢50-75歲吸菸族群，對男性可減少26%肺癌死亡率。美國預防服務工作小組(USPSTF)2021年更新表示對50-80歲吸菸族群(大於20包-年，且持續抽菸或戒菸小於15年)進行LDCT肺癌篩檢，建議評級為B(即LDCT檢查為高度確認有中度以上效益)。國際上目前僅有美國聯邦醫療照顧保險(Medicare)及貧困者醫療補助計畫(Medicaid)、南韓國家癌症篩檢計畫針對重度吸菸者，搭配戒菸服務提供每年1次(美國)或每2年1次(南韓)LDCT肺癌篩檢，澳洲表示刻正規劃肺癌篩檢計畫，其他國家仍僅執行相關評估、前趨研究或試辦。例如英國英格蘭國民保健署(NHS)

附件

衛生福利部國民健康署 肺癌早期偵測計畫

112 年 2 月 24 日版

壹、前言：

肺癌是全球癌症死因第1位。臺灣肺癌標準化死亡率雖自100年每十萬人26人下降至110年每十萬人22.2人，下降了14.6%，但仍連續12年高居臺灣癌症標準化死亡率首位，110年共10,040人死於肺癌，佔所有癌症死亡人數的五分之一(19.4%)。肺癌是臺灣發生率第2高的癌症，109年共16,370人罹患肺癌。近10年我國肺癌新診斷個案5年相對存活率雖自96-100年的17.7%，倍增至105-109年38.2%，惟存活率相對低，與肝癌相當。肺癌個案存活率低，主要與診斷期別有關，109年肺癌確診個案有4.4%被診斷為0期，有29.0%被診斷為1期，有3.7%被診斷為2期，有11.8%被診斷為3期，有51.1%被診斷為4期。目前第1期肺癌之5年存活率約9成，到了第2期接近6成，第3期則下降到約3成，但如果延誤治療到第4期才就醫，5年存活率就僅剩1成。近年因民眾自費接受低劑量電腦斷層(以下簡稱LDCT)健康檢查提升，0期及1期肺癌個案顯著增加，惟目前每2位肺癌個案就有1人診斷時已第4期。

國際上，美國國家肺癌篩檢試驗(NLST)結果顯示，以LDCT篩檢55-74歲吸菸族群(吸菸史大於30包-年，且持續抽菸或戒菸小於15年)，較X光可降低肺癌死亡率約2成。歐洲荷蘭、比利時發起之肺癌篩檢試驗(NELSON)結果顯示，以LDCT篩檢50-75歲吸菸族群，對男性可減少26%肺癌死亡率。美國預防服務工作小組(USPSTF)2021年更新表示對50-80歲吸菸族群(大於20包-年，且持續抽菸或戒菸小於15年)進行LDCT肺癌篩檢，建議評級為B(即LDCT檢查為高度確認有中度以上效益)。國際上目前僅有美國聯邦醫療照顧保險(Medicare)及貧困者醫療補助計畫(Medicaid)、南韓國家癌症篩檢計畫針對重度吸菸者，搭配戒菸服務提供每年1次(美國)或每2年1次(南韓)LDCT肺癌篩檢，澳洲表示刻正規劃肺癌篩檢計畫，其他國家仍僅執行相關評估、前趨研究或試辦。例如英國英格蘭國民保健署(NHS)

修正修訂日期。

國民健康署肺癌早期偵測計畫 個案同意書

我是否有下列任一狀況：

- ☐有；☐無 我過去 2 年內是否曾接受過本計畫服務？
- ☐有；☐無 我目前有無懷孕？
- ☐有；☐無 我過去 12 個月內有無接受過胸部電腦斷層檢查？
- ☐有；☐無 我是否得過肺癌？
- ☐有；☐無 我過去 1 個月內是否有不明原因之咳血，或明顯可疑肺癌病灶？
- ☐有；☐無 我過去 1 年內是否有不明原因體重減輕超過 6 公斤？

若有醫療上的需要，我 ☐可以；☐不可以 接受胸腔穿刺或手術。

本人於觀看衛教資訊後，在醫事人員的輔助及解說下，確認已經知道有關低劑量胸部電腦斷層檢查之優缺點及可能風險，並同意下列事項：

- 我知道低劑量胸部電腦斷層檢查，對於重度吸菸者，可降低肺癌死亡率達 20%以上，但對於非高風險者，其效益證據尚不明確。
- 我知道低劑量胸部電腦斷層檢查可發現早期肺癌，但仍有部分肺癌無法有效偵測，且有新發肺癌的可能性，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。
- 我知道接受低劑量胸部電腦斷層檢查後，發現結節的比例很高(約 2/3)，但多數(約 95%)為良性結節，將配合醫師建議持續定期追蹤(依指引或醫師建議)，以觀察結節有無新增或變化情形。惟若屬風險較高之結節，將請胸腔科醫師評估後進行確診程序。
- 我知道低劑量胸部電腦斷層檢查並不能預防肺癌的發生，吸菸者不應將肺癌篩檢做為戒菸的替代選擇，若我目前有吸菸情形，我同意接受戒菸服務。
- 我知道本計畫為每 2 年 1 次低劑量電腦斷層檢查，若我 2 年內(以年份檢核)曾接受本計畫服務，或有不符篩檢資格情形，我同意自費負擔篩檢費用。
- 我知道且同意檢查後如疑似異常，應回診看報告。如無顯著異常或發現惰性結節，報告將採寄送方式。
- 我知道比較歷次影像有助於提升影像判讀準確性，本人同意將歷次肺部電腦斷層等影像上傳，並供不同醫院或醫師於看診或判讀報告時查詢，以綜整判斷結節變化及風險。亦同意將其進行後續相關分析及研究之用。

國民健康署肺癌早期偵測計畫 個案同意書

我是否有下列任一狀況：

- ☐有；☐無 我過去 2 年內是否曾接受過本計畫服務？
- ☐有；☐無 我目前有無懷孕？
- ☐有；☐無 我過去 12 個月內有無接受過胸部電腦斷層檢查？
- ☐有；☐無 我是否得過肺癌？
- ☐有；☐無 我過去 1 個月內是否有不明原因之咳血，或明顯可疑肺癌病灶？
- ☐有；☐無 我過去 1 年內是否有不明原因體重減輕超過 6 公斤？

若有醫療上的需要，我 ☐可以；☐不可以 接受胸腔穿刺或手術。

本人於觀看衛教資訊後，在醫事人員的輔助及解說下，確認已經知道有關低劑量胸部電腦斷層檢查之優缺點及可能風險，並同意下列事項：

- 我知道低劑量胸部電腦斷層檢查，對於重度吸菸者，可降低肺癌死亡率達 20%以上，但對於非高風險者，其效益證據尚不明確。
- 我知道低劑量胸部電腦斷層檢查可發現早期肺癌，但仍有部分肺癌無法有效偵測，且有新發肺癌的可能性，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。
- 我知道接受低劑量胸部電腦斷層檢查後，發現結節的比例很高(約 2/3)，但多數(約 95%)為良性結節，將配合醫師建議持續定期追蹤(頻率視檢查結果而定，可能為每年、每 2-5 年，或更頻繁)，以觀察結節有無新增或變化情形。惟若屬風險較高之結節，將請胸腔科醫師評估後進行確診程序。
- 我知道低劑量胸部電腦斷層檢查並不能預防肺癌的發生，吸菸者不應將肺癌篩檢做為戒菸的替代選擇，若我目前有吸菸情形，我同意接受戒菸服務。
- 我知道本計畫為每 2 年 1 次低劑量電腦斷層檢查，若我 2 年內(以年份檢核)曾接受本計畫服務，我同意自費負擔篩檢費用。
- 我知道檢查後如疑似異常，應回診看報告。如無顯著異常或發現惰性結節，報告將採寄送方式。
- 我知道比較歷次影像有助於提升影像判讀準確性，本人同意將歷次肺部電腦斷層等影像上傳，並供不同醫院或醫師於看診或判讀報告時查詢，以綜整判斷結節變化及風險。亦同意將其進行後續相關分析及研究之用。

同意書酌文字修正。

個案資料運用說明：您檢查過程的相關檢查資料(包括問卷資料、檢查影像、結果及後續定期追蹤就醫資料等)，經蒐集後將以不會透露個人身分的方式與其他健康相關資料（包括：全民健康保險資料、疾病篩檢或通報、癌症登記、死因統計等資料，以及社會、經濟與地理資訊或其他政府公務統計資料）進行比對與連結，做為資格檢核、學術統計分析，及政府相關單位政策評估參考。本次檢查報告及結果，依醫療法規定納入病歷。您的聯絡資料僅供追蹤關懷及健康管理之用。對您所提供之任何訊息，我們會遵守學術倫理之規範，確實做好個資保密之義務。所有參與本項補助計畫的檢查醫院及資料處理與統計分析人員，均會依法善盡保密之責。

我已清楚瞭解上述說明，同意接受本服務並同意將相關資料（含問卷資料、檢查影像、檢查結果、後續定期追蹤就醫資料等）作為資格檢核、統計分析、政策評估、查詢及追蹤管理使用。另同意相關醫事人員可於提供服務、看診或判讀報告時，查詢本人歷次胸部電腦斷層（含其他醫療院所）報告及影像及是否有不符資格情形。

立同意書人身分證字號：

簽名或蓋章(手印)：

；日期： 年 月 日

醫院對民眾進行衛教及知情同意人員：_____

☐ 已至「肺癌早期偵測計畫追蹤管理系統」查詢民眾無2年內接受肺癌早期偵測計畫服務之情形。

個案資料運用說明：您檢查過程的相關檢查資料(包括問卷資料、檢查影像、結果及後續定期追蹤就醫資料等)，經蒐集後將以不會透露個人身分的方式與其他健康相關資料（包括：全民健康保險資料、疾病篩檢或通報、癌症登記等資料，以及社會、經濟與地理資訊或其他政府公務統計資料）進行比對與連結，做為學術統計分析，及政府相關單位政策評估參考。本次檢查報告及結果，依醫療法規定納入病歷。您的聯絡資料僅供追蹤關懷及健康管理之用。對您所提供之任何訊息，我們會遵守學術倫理之規範，確實做好個資保密之義務。所有參與本項補助計畫的檢查醫院及資料處理與統計分析人員，均會依法善盡保密之責。

我已清楚瞭解上述說明，同意接受本服務並同意將相關資料（含問卷資料、檢查影像、檢查結果、後續定期追蹤就醫資料等）作為統計分析、政策評估、查詢及追蹤管理使用。另同意相關醫事人員可於看診或判讀報告時，查詢本人歷次胸部電腦斷層（含其他醫療院所）報告及影像。

立同意書人身分證字號：

簽名或蓋章(手印)：

；日期： 年 月 日

醫院對民眾進行衛教及知情同意人員：_____

☐ 已至「肺癌早期偵測計畫追蹤管理系統」查詢民眾無2年內接受肺癌早期偵測計畫服務之情形。