醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項

部分規定修正規定

第二章 預防保健服務項目及辦理方式

三、醫事服務機構執行各項預防保健服務之項目、機構資格、執行人員資格、服務對象、時程、服務內容、補助金額、服務對象資格查核、表單填寫與保存及相關作業流程、申請書、檢查紀錄結果表單、申報格式規定如下：

（一） 兒童預防保健服務如附表一之一至附表一之十七。

（二） 孕婦產前預防保健服務及產後健康照護服務如附表二之一至附表二之二十八。

（三） 女性子宮頸抹片檢查服務如附表三之一至附表三之五。

（四） 女性乳房 X 光攝影檢查服務如附表四之一至附表四之七。

（五） 定量免疫法糞便潛血檢查服務如附表五之一至附表五之六。

（六） 成人預防保健服務如附表六之一至附表六之六。

（七） 女性人類乳突病毒檢測服務如附表七之一至附表七之四。

（八） 胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務如附表八之一至附表八之六。

（九） 胸部低劑量電腦斷層檢查服務如附件一。

（十） 大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌篩檢疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務如附件二。

（十一） 代謝症候群防治計畫如附件三。

第四章 醫事服務機構辦理社區巡迴服務

五、醫事服務機構申請辦理第三點第十款以外之預防保健社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意；申請兒童預防保健服務或成人預防保健服務，並應另依第三點第一款附表一之一及第六款附表六之一規定辦理。

未依前項規定辦理者，本部不予核付費用。

第五章 醫事服務機構之查核責任

七、除第三點第九款至第十一款外，醫事服務機構以健保讀卡機控制軟體6.0以後之版本，提供服務對象各項預防保健服務，應於服務後上傳當次之就醫紀錄至健保署指定系統；非以6.0以後之版本提供者，應於服務後將當次之預防保健紀錄登錄於健保卡，並於登錄後二十四小時內上傳就醫紀錄至健保署指定系統；保險對象使用虛擬卡就醫後，依健保署所定格式於二十四小時內上傳就醫紀錄至健保署指定系統，並依期程及相對應之時間依序申報費用。

醫事服務機構辦理胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務，應依第九點第四項規定至健康署指定系統登錄上傳相關資料，且不得向健保署申報費用。

醫事服務機構辦理胸部低劑量電腦斷層檢查服務，應依第九點第五項規定至健康署指定系統登錄上傳相關資料，且不得向健保署申報費用。

醫事服務機構辦理代謝症候群防治計畫，應依第九點第七項規定至健保署指定系統上傳相關資料，並依期程及相對應之時間依序申報費用。

醫事服務機構應詳實記載各項預防保健服務規定之文件，並依醫療法有關病歷之規定製作及保存。

九、除第二項至第七項外，醫事服務機構應自提供預防保健服務日之次月一日起六十日內，依各項預防保健服務規定，詳實上傳該項目之檢查表單至健康署指定之系統。屆期未上傳相關資料或上傳之資料不完整、不正確，由健康署通知醫事服務機構限期補正。

醫事服務機構應自提供兒童發展篩檢服務日之次日起十四日內，依該項預防保健服務規定，詳實上傳該項目之檢查結果及相關資料至健康署指定之系統。屆期未上傳相關資料或上傳之資料不完整、不正確，由健康署通知醫事服務機構限期補正。

醫事服務機構應自提供新生兒聽力篩檢或各項孕婦產前預防保健及產後健康照護服務日之次日起十四日內，依該項預防保健服務規定，詳實上傳該項目之檢查結果及相關資料至健康署指定之系統。

醫事服務機構應自提供胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務日起

三十日內，依該項預防保健服務規定，詳實上傳該項目之管理紀錄表，九十日內上傳該項目之檢驗結果；如檢驗結果為陽性者，於九十日內完成追蹤並上傳至健康署指定之系統。

醫事服務機構應自提供胸部低劑量電腦斷層檢查預防保健服務日之次日起六日內，依該項預防保健服務規定，詳實上傳該項目之個案基本及臨床資料，及服務日之次次月二十日以前填報檢查結果及評估結果至健康署指定之系統。

醫事服務機構應自提供大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務之複確診程序完成次日起二十一日內，詳實上傳複確診結果至健康署指定之系統。

醫事服務機構應於申報代謝症候群防治計畫服務費用前，依該項預防保健服務規定，詳實上傳該項目之檢查結果及相關資料至健保署指定系統。屆期未上傳相關資料或上傳之資料不完整、不正確，由健康署通知醫事服務機構限期補正。

醫事服務機構未依前七項依限上傳相關資料或屆期未補正完成者，本部不予核付費用；醫事服務機構有異議時，得提起申復。

第七章 辦理預防保健服務之品質規範

十一、醫事服務機構辦理預防保健服務項目，有下列未達標準或未符規定情形，經通知限期改善，屆期仍未改善者，本部依下列方式不予核付費用：

（一） 女性子宮頸抹片檢查服務：

醫事服務機構辦理子宮頸抹片檢查服務，其子宮頸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之子宮頸細胞病理診斷單位及檢驗人員之工作合理量規定(如附表三之一)。子宮頸細胞病理診斷單位之年度結算超出年規定閱片合理量十分之一以上部分，本部不予核付費用。

（二） 女性乳房 X 光攝影檢查服務：

1、 醫事服務機構辦理乳房 X 光攝影檢查服務，其篩檢疑似異常個案追蹤完成率未達健康署所定之標準者，當年度篩檢費用折扣核付；醫事服務機構同時有院內攝影儀器及乳攝

車者，分開計算。

2、 醫事服務機構辦理乳房 X 光攝影檢查服務，其乳房 X 光攝影醫療機構及放射師每人每年篩檢量應符合健康署乳房 X 光攝影機構及放射師之工作合理量規定(如附表四之一)。醫療機構之乳房 X 光攝影檢查之年度結算超出年規定前揭工作合理量十分之一以上部分，本部不予核付費用。

（三） 胸部低劑量電腦斷層檢查服務：醫事服務機構辦理胸部低劑量電腦斷層檢查服務，其篩檢疑似異常個案追蹤完成率未達健康署所定之標準者，當年度篩檢費用折扣核付（追蹤完成率定義、標準及折扣核付規定，詳如附件一/柒、附則/第六點）。

附表一之一　健康署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規定

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
兒童預防保健(含衛教指導)	應為辦理兒童預防保健服務特約醫事服務機構。	登記執業之兒科或家庭醫學科專科醫師或通過衛生福利部委託「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「兒童衛教指導服務醫師教育訓練」課程合格證明。
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，需結合具健康署資格審查通過之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（審查原則如附表一之七）。
兒童發展篩檢	應為辦理兒童預防保健服務特約醫事服務機構，並向健康署申請(申請書如附表一之十三)。	登記執業之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，且具健康署認可單位所辦理之「兒童發展篩檢量表使用說明」課程合格證明。

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，兒童預防保健服務(含衛教指導)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發展篩檢為「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(含衛教指導)及兒童發展篩檢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、兒童預防保健(含衛教指導)及兒童發展篩檢服務需於家長或主要照顧者在場始得實施。

四、未依附父母健保新生兒之聽力篩檢費用申報，應另依健康署規定辦理。

附表一之二　健康署兒童預防保健服務對象、時程、服務內容及補助金額修正規定

（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
新生兒聽力篩檢						
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
兒童預防保健服務(含衛教指導)						
71	IC71	出生後二週至二個月兒童	第一次	出生後二週至二個月	一、 兒童健康檢查 (一)身體診察：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔（含瞳孔形狀與紅反射、照光收縮反應）及固視能力、口腔檢查、對聲音之反應、唇顎裂、髖關節篩檢、心雜音、疝氣、隱睪、外生殖器。 (二)問診項目：餵食方法、排便狀況、睡眠環境、睡眠問題、哭鬧困擾。 (三)發展診察：俯臥姿勢、驚嚇反應、眨眼、聽力反應。 二、 兒童衛教指導 衛教內容：提供孩子哺餵、口腔清潔、預防事故傷害及嬰兒猝死、親子共讀相關衛教指導內容。	600
72	IC72	二個月至四個月兒童	第二次	二個月至四個月	一、 兒童健康檢查 (一)身體診察：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔及固視能力、口腔檢查、髖關節篩檢、肝脾腫大、心雜音。 (二)問診項目：餵食方法、排便狀況、睡眠環境、睡眠問題、哭鬧困擾。 (三)發展診察：抬頭、對人微笑、眼神追視、發咕咕聲。 二、 兒童衛教指導 衛教內容：提供孩子哺餵、口腔清潔、預防事故傷害及嬰兒猝死、親子共讀相關衛教指導內容。	600
73	IC73	四個月至六個月兒童	第三次	四個月至六個月	一、 兒童健康檢查 (一)身體診察：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔及固視能力、口腔檢查、髖關節篩檢、疝氣、隱睪、外生殖器、對聲音之反應、心雜音。 (二)問診項目：餵食方法、副食品添加、排便	600

					狀況、睡眠環境、睡眠問題、哭鬧困擾、生活照顧（親子共讀）。 (三)發展診察：頸部支撐、手掌張開、發出笑聲、眼神追視。 二、兒童衛教指導 衛教內容：提供孩子哺餵、口腔清潔照護、預防事故傷害及嬰兒猝死相關衛教指導內容。	
74	IC74	六個月至一歲兒童	第四次	六個月至一歲	一、兒童健康檢查 (一)身體診察：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔及固視能力、口腔檢查、疝氣、隱睪、外生殖器、對聲音之反應、心雜音。 (二)問診項目：餵食方法、副食品添加、排便狀況、睡眠環境、睡眠問題、生活照顧(親子共讀)。 (三)發展診察：翻身、伸手拿東西、對聲音敏銳、蓋臉測試、發ㄅㄚ、ㄇㄚ音、坐穩、爬、扶站、交換手拿物、喚名反應。 二、兒童衛教指導 衛教內容：提供孩子哺餵、口腔與視力保健、預防事故傷害相關衛教指導內容。	600
75	IC75	一歲至一歲半兒童	第五次	一歲至一歲半	一、兒童健康檢查 (一)身體診察：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔及固視能力、口腔檢查、疝氣、隱睪、外生殖器、對聲音反應、心雜音。 (二)問診項目：餵食狀況、排便狀況、睡眠問題、生活照顧（親子共讀、潔牙、螢幕接觸）。 (三)發展診察：躺姿變坐姿、放手走、拇指食指對握拿物、聽懂簡單指令、說單字、肢體表達、尋找物品、理解「再見」意思。 二、兒童衛教指導 衛教內容：提供孩子哺餵、口腔與視力保健、預防事故傷害相關衛教指導內容。	600
76	IC76	一歲半至二歲兒童	第六次	一歲半至二歲	一、兒童健康檢查 (一)身體診察：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位【遮蓋測試初篩】、瞳孔、口腔檢查、對聲音反應。 (二)問診項目：餵食狀況、排便狀況、睡眠問題、生活照顧（親子共讀、潔牙、螢幕接觸）。 (三)發展診察：扶欄杆上樓、蹲下及恢復站姿、手拿杯喝水、指認身體部位、理解簡單指令、模仿動作、肢體表達、分享有趣事物、象徵性玩法、指認圖卡、使用湯匙。 二、兒童衛教指導 衛教內容：提供孩子飲食、口腔與視力保健、預防事故傷害相關衛教指導內容。	600

77	IC77	二歲至三歲兒童	第七次	二歲至三歲	一、兒童健康檢查 (一)身體診察：身體診察：身高、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查、口腔檢查、心雜音。 (二)(二)問診項目：餵食問題、排便問題、睡眠問題、生活照顧（親子共讀、潔牙、螢幕接觸）。 (三)發展診察：下樓梯、雙腳跳、疊積木、說片語、指認圖卡、脫鞋襪、說至少 10 個語詞、指認身體部位、使用湯匙、假扮玩法。 二、兒童衛教指導 衛教內容：提供孩子飲食、口腔與視力保健、預防事故傷害相關衛教指導內容。	600
78	IC78	三歲至五歲兒童	第八次	三歲至五歲	一、兒童健康檢查 (一)身體診察：身高、體重、BMI、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查【可做亂點立體圖】、口腔檢查、頸部淋巴結、心雜音、腹部腫塊、外生殖器、步態。 (二)(二)問診項目：餵食問題、排便問題、睡眠問題、生活照顧（親子共讀、潔牙、螢幕接觸）。 (三)發展診察：會跳、會騎三輪車、畫圓形、自行上廁所、解釦子脫衣服、使用代名詞、能敘述物品功能或用途、辨認顏色、用句子對話、與同儕輪流或合作、情緒穩定度。 二、兒童衛教指導 衛教內容：提供孩子習慣養成、口腔與視力保健、預防事故傷害相關衛教指導內容。	600
79	IC79	五歲至未滿七歲兒童	第九次	五歲至未滿七歲	一、兒童健康檢查 (一)身體診察：身高、體重、BMI、營養狀態、一般檢查、第二性徵發育評估、眼睛檢查【可做亂點立體圖】、口腔檢查、頸部淋巴結、心雜音、腹部腫塊、步態。 (二)(二)問診項目：餵食問題、排便問題、睡眠問題、生活照顧（親子共讀、潔牙、螢幕接觸）。 (三)發展診察：單腳站、一腳一階走樓梯、剪刀剪紙、角色扮演、扣釦子或拉拉鍊、說話清楚、辨認顏色、理解連續步驟指令、遵守遊戲規則、團隊合作、情緒穩定度、注意力及活動量。 二、兒童衛教指導 衛教內容：提供孩子習慣養成、口腔與視力保健、預防事故傷害相關衛教指導內容。	600
兒童發展篩檢						
7A	IC74	六個月至十個	第一次	按時程	一、兒童發展篩檢 二、兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動	400

		月兒童			作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第四次兒童預防保健申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	
7B	IC74（十個月至一歲） IC75（一歲至一歲六個月）	十個月至一歲六個月兒童	第二次	按時程	一、 兒童發展篩檢 二、 兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第四次或第五次兒童預防保健申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	400
7C	IC76	一歲六個月至二歲兒童	第三次	按時程	一、 兒童發展篩檢 二、 兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第六次兒童預防保健申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	400
7D	IC77	二歲至三歲兒童	第四次	按時程	一、 兒童發展篩檢 二、 兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第七次兒童預防保健申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	400
7E	IC78	三歲至五歲兒童	第五次	按時程	一、 兒童發展篩檢 二、 兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第八次兒童預防保健申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	400
7F	IC79	五歲至未滿七歲兒童	第六次	按時程	一、 兒童發展篩檢 二、 兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第九次兒童預防保健申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	400

備註：

一、 新生兒聽力篩檢項目年齡條件：篩檢年月日－出生年月日≦92 天。

二、 新生兒聽力篩檢項目作業流程詳附表一之四。

三、 新生兒聽力篩檢項目補助金額已含耗材費，醫療機構不得另收耗材費。未具健保身分申領補助費用請另依健康署其他申報作業規定辦理。

四、 依據健保署規定出生二個月內未領健保卡之新生兒，得依附母親或父親健保卡辦理新生兒聽力篩檢申報。

五、 兒童健康檢查項目修正代碼（16、19、76、79）及就醫序號（IC 16、IC 19、IC 76、IC79），自九十九年二月一日起至九十九年六月三十日止，逾期未申報相關資料或申報之資料不完整、不正確，經通知限期補正，屆期仍未補正者，將只給付原補助額度 250 元（即核扣 70 元）；自九十九年七月一日起，未依規定傳輸資料且未補正者，不予核付費用（即核扣 320 元）。

六、 兒童健康檢查項目自一百零六年五月一日起修正申報代碼，醫院與診所醫令代碼相同皆為（71、72、73、75、76、77、79）及就醫序號（IC71、IC72、IC73、IC75、IC76、IC77、IC79）。

七、 兒童衛教指導醫令代碼(01、02、03、04、05、06、07)自一百十五年七月一日起刪除，併同至兒童預防保健服務(含衛教指導)醫令代碼(71-79)共同申報費用。

八、 兒童預防保健(含衛教指導)項目之年齡檢核條件如下：

(一) 年齡<14 日退回申報資料

(二) 醫令代碼 71-77：就醫年月-出生年月≦36

(三) 醫令代碼 78：36≦就醫年月-出生年月≦60

(四) 醫令代碼 79：60≦就醫年月-出生年月≦84

九、 兒童發展篩檢項目之年齡檢核條件如下：

(一) 醫令代碼 7A、7B、7C、7D：6≦就醫年月-出生年月≦36

(二) 醫令代碼 7E：36≦就醫年月-出生年月≦60

(三) 醫令代碼 7F：60≦就醫年月-出生年月≦84

十、 有關重複受檢檢核條件如下：

(一) 同身分證統一編號、同出生日期、同醫令代碼、一生限申報一次。依就醫日期排序後，第二筆起視為重複受檢個案；若就醫日期相同，則均視為疑似重複受檢個案。

(二) 檢核出生至今就醫年齡所有歷次申報資料，皆無違反限申報一次規定。

(三) 如部分負擔代碼為「903：健保 IC 卡新生兒依附註記方式就醫者」，得不作年齡、篩檢間隔條件（一生一次）及重複條件之檢核。

附表一之三　健康署兒童預防保健服務對象資格查核、表單填寫與保存修正規定

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及綠卡視為就醫憑證，特約醫事服務機構應於提供兒童預防保健服務，於黃卡加蓋院所戳章，另於提供兒童發展篩檢服務後於綠卡加蓋院所戳章，服務對象未攜帶就醫憑證，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、兒童預防保健(含衛教指導)前，應告知其家長或主要照顧者將提供該項服務。 二、完成新生兒聽力篩檢服務後應將檢查結果登載於兒童健康手冊之「新生兒篩檢紀錄表」及告知家長。 三、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。完成兒童預防保健(含衛教指導)服務後應將檢查結果登載於兒童健康手冊紀錄表及告知家長，並由家長及醫師分別於當次服務紀錄表簽名，亦須於就醫憑證黃卡登註提供服務提供服務日期及及蓋院所章戳。 四、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。 五、於指定時限內將新生兒聽力篩檢結果及相關資料（如附表一之八）及九次兒童預防保健(含衛教指導)結果及相關資料（如附表一之九），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、綠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。

附表一之五修正規定

健康署兒童預防保健服務(含衛教指導)申請書

本醫事機構自　　年　　月　　日起申請(新增 □**兒科醫師** □**家庭醫學科醫師** □**幼兒專責醫師**)參加健康署「兒童預防保健服務(含衛教指導)」服務，並同意依本注意事項相關規定，落實執行兒童健康檢查及衛教指導，以維本服務之品質。

此 致

健康署

兒童預防保健(含衛教指導)服務院所名稱：

院所層級：

健保特約醫事機構代碼：

地址：

聯絡人：

聯絡電話：(　　)

醫事機構章戳

(醫事機構印章)	(代表人印章)

中　　華　　民　　國　　年　　月　　日

申請書附件　兒童預防保健服務(含衛教指導)醫師名單

醫師姓名		專科醫師	□兒科 □家醫科
			□附上專科醫師證書影本
		幼兒專責醫師 （僅限衛生所）	□附上「幼兒專責醫師教育訓練」課程證明(兒科、家醫科免附)
身分證字號 末三碼		訓練證書	□附上兒童衛教指導服務醫師教育訓練合格證書影本
醫師姓名		專科醫師	□兒科 □家醫科
			□附上專科醫師證書影本
		幼兒專責醫師 （僅限衛生所）	□附上「幼兒專責醫師教育訓練」課程證明(兒科、家醫科免附)
身分證字號 末三碼		訓練證書	□附上兒童衛教指導服務醫師教育訓練合格證書影本
醫師姓名		專科醫師	□兒科 □家醫科
			□附上專科醫師證書影本
		幼兒專責醫師 （僅限衛生所）	□附上「幼兒專責醫師教育訓練」課程證明(兒科、家醫科免附)
身分證字號 末三碼		訓練證書	□附上兒童衛教指導服務醫師教育訓練合格證書影本
醫師姓名		專科醫師	□兒科 □家醫科
			□附上專科醫師證書影本
		幼兒專責醫師 （僅限衛生所）	□附上「幼兒專責醫師教育訓練」課程證明(兒科、家醫科免附)
身分證字號 末三碼		訓練證書	□附上兒童衛教指導服務醫師教育訓練合格證書影本

※表格不敷使用時請自行影印。

附表一之九修正規定

健康署【出生後二週至二個月】兒童預防保健服務(含衛教指導)紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="3">基本資料</td><td>姓 名</td><td></td><td>性別</td><td>□男□女</td><td>身分證統一編號</td><td></td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td colspan="2">年　月　日（年齡　歲　月）</td><td colspan="2">聯絡電話</td><td></td></tr>
<tr><td>現住地址</td><td colspan="5">縣市　鄉鎮市區　村里　鄰　路街　段　巷　弄　號　樓</td></tr>
<tr><td colspan="2">身長/身高</td><td>公分（　百分位）</td><td>體重</td><td>公斤（　百分位）</td><td>頭圍</td><td>公分（　百分位）</td></tr>
<tr><td colspan="2">健康評估及建議處置、需注意或異常項目</td><td colspan="5">□無明顯異常
□需注意或異常項目
↳ □身體檢查：□建議定期追蹤 □建議轉介，進一步檢查
↳ 一般檢查：□頭 □皮膚 □耳朵 □口 □咽 □頸 □胸 □心音
□腹 □四肢 □外生殖器 □神經肌肉發展 □其他
↳ □注意項目：
↳ □身長 □體重 □頭圍 □動作 □視力及眼位 □聽力 □其他</td></tr>
<tr><td colspan="2">家長紀錄事項</td><td colspan="5">餵食狀況
↳ □母乳 □配方食品</td></tr>
<tr><td colspan="2">衛教指導紀錄</td><td colspan="5">□無須加強衛教
□已加強衛教項目(家長自評未做到或經醫師判斷需加強衛教)
↳ □孩子哺餵
↳ □口腔清潔
↳ □預防事故傷害及嬰兒猝死</td></tr>
<tr><td colspan="2">特殊記載</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">健保卡就醫序號</td><td colspan="2"></td><td>特約醫事機構代碼</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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【二至四個月】兒童預防保健服務(含衛教指導)
紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="3">基本資料</td><td>姓 名</td><td></td><td>性別</td><td>□男□女</td><td>身分證統一編號</td><td></td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td colspan="2">年　月　日（年齡　　歲　　月）</td><td colspan="2">聯絡電話</td><td></td></tr>
<tr><td>現住地址</td><td colspan="5">縣市　　鄉鎮市區　　村里　鄰　　路街　段　巷　弄　號　　樓</td></tr>
<tr><td>身長/身高</td><td colspan="2">公分（　　百分位）</td><td>體重</td><td colspan="2">公斤（　百分位）</td><td>頭圍　　公分（　百分位）</td></tr>
<tr><td>健康評估及建議處置、需注意或異常項目</td><td colspan="6">□無明顯異常
□需注意或異常項目
↳ □身體檢查：□建議定期追蹤 □建議轉介，進一步檢查
↳ 一般檢查：□頭 □皮膚 □耳朵 □口 □咽 □頸 □胸 □心音
□腹 □四肢 □外生殖器 □神經肌肉發展 □其他
↳ □注意項目：
↳ □身長 □體重 □頭圍 □動作 □語言 □認知 □社會發展
□視力及眼位 □聽力 □其他</td></tr>
<tr><td>家長紀錄事項</td><td colspan="6">餵食狀況
↳ □母乳 □配方食品</td></tr>
<tr><td>衛教指導紀錄</td><td colspan="6">□無須加強衛教
□已加強衛教項目(家長自評未做到或經醫師判斷需加強衛教)
↳ □孩子哺餵
↳ □口腔清潔
↳ □預防事故傷害及嬰兒猝死
↳ □親子共讀</td></tr>
<tr><td>特殊記載</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>健保卡就醫序號</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">特約醫事機構代碼</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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【四至六個月】兒童預防保健服務(含衛教指導)
紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="3">基本資料</td><td>姓 名</td><td></td><td>性別</td><td>□男□女</td><td>身分證統一編號</td><td></td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td colspan="2">年　月　日（年齡　　歲　　月）</td><td colspan="2">聯絡電話</td><td></td></tr>
<tr><td>現住地址</td><td colspan="5">縣市　　鄉鎮市區　　村里　鄰　　路街　段　巷　弄　號　　樓</td></tr>
<tr><td>身長/身高</td><td colspan="2">公分（　　百分位）</td><td>體重</td><td colspan="2">公斤（　百分位）</td><td>頭圍　　公分（　百分位）</td></tr>
<tr><td>健康評估及建議處置、需注意或異常項目</td><td colspan="6">□無明顯異常
□需注意或異常項目
↳ □身體檢查：□建議定期追蹤 □建議轉介，進一步檢查
↳ 一般檢查：□頭 □皮膚 □耳朵 □口 □咽 □頸 □胸 □心音
□腹 □四肢 □外生殖器 □神經肌肉發展 □其他
↳ □注意項目：
↳ □身長 □體重 □頭圍 □動作 □語言 □認知 □社會發展
□視力及眼位 □聽力 □其他</td></tr>
<tr><td>家長紀錄事項</td><td colspan="6">餵食狀況
↳ □母乳 □配方食品 □副食品</td></tr>
<tr><td>衛教指導紀錄</td><td colspan="6">□無須加強衛教
□已加強衛教項目(家長自評未做到或經醫師判斷需加強衛教)
↳ □孩子哺餵
↳ □口腔清潔照護
↳ □預防事故傷害及嬰兒猝死</td></tr>
<tr><td>特殊記載</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>健保卡就醫序號</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">特約醫事機構代碼</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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【六個月至一歲】兒童預防保健服務(含衛教指導)
紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="3">基本資料</td><td>姓 名</td><td></td><td>性別</td><td>□男□女</td><td>身分證統一編號</td><td></td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td colspan="2">年　月　日（年齡　　歲　　月）</td><td colspan="2">聯絡電話</td><td></td></tr>
<tr><td>現住地址</td><td colspan="5">縣市　　鄉鎮市區　　村里　鄰　　路街　段　巷　弄　號　　樓</td></tr>
<tr><td>身長/身高</td><td colspan="2">公分（　　百分位）</td><td>體重</td><td colspan="2">公斤（　百分位）</td><td>頭圍　　公分（　百分位）</td></tr>
<tr><td>健康評估及建議處置、需注意或異常項目</td><td colspan="6">□無明顯異常
□需注意或異常項目
↳ □身體檢查：□建議定期追蹤 □建議轉介，進一步檢查
↳ 一般檢查：□頭 □皮膚 □耳朵 □口 □咽 □頸 □胸 □心音
□腹 □四肢 □外生殖器 □神經肌肉發展 □其他
↳ □注意項目：
↳ □身長 □體重 □頭圍 □動作 □語言 □認知 □社會發展
□視力及眼位 □聽力 □口腔 □其他</td></tr>
<tr><td>家長紀錄事項</td><td colspan="6">餵食狀況
↳ □母乳 □配方食品 □副食品</td></tr>
<tr><td>衛教指導紀錄</td><td colspan="6">□無須加強衛教
□已加強衛教項目(家長自評未做到或經醫師判斷需加強衛教)
↳ □孩子哺餵
↳ □口腔與視力保健
↳ □預防事故傷害</td></tr>
<tr><td>特殊記載</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>健保卡就醫序號</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">特約醫事機構代碼</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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【一歲至一歲半】兒童預防保健服務(含衛教指導)
紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="3">基本資料</td><td>姓 名</td><td></td><td>性別</td><td>□男□女</td><td>身分證統一編號</td><td></td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td colspan="2">年　月　日（年齡　歲　月）</td><td colspan="2">聯絡電話</td><td></td></tr>
<tr><td>現住地址</td><td colspan="5">縣市　鄉鎮市區　村里　鄰　路街　段　巷　弄　號　樓</td></tr>
<tr><td colspan="2">身長/身高</td><td>公分（　百分位）</td><td>體重</td><td colspan="2">公斤（　百分位）</td><td>頭圍　公分（　百分位）</td></tr>
<tr><td colspan="2">健康評估及建議處置、需注意或異常項目</td><td colspan="5">□無明顯異常
□需注意或異常項目
↳ □身體檢查：□建議定期追蹤 □建議轉介，進一步檢查
↳ 一般檢查：□頭 □皮膚 □耳朵 □口 □咽 □頸 □胸 □心音
□腹 □四肢 □外生殖器 □神經肌肉發展 □其他
↳ □注意項目：
↳ □身長 □體重 □頭圍 □動作 □語言 □認知 □社會發展
□視力及眼位 □聽力 □口腔 □其他</td></tr>
<tr><td colspan="2">家長紀錄事項</td><td colspan="5">餵食狀況
↳ □正餐 □母乳 □配方食品 □其他奶製品
螢幕接觸狀況(是否已開始接觸螢幕)
↳ □是 □否</td></tr>
<tr><td colspan="2">衛教指導紀錄</td><td colspan="5">□無須加強衛教
□已加強衛教項目(家長自評未做到或經醫師判斷需加強衛教)
↳ □孩子哺餵
↳ □口腔與視力保健
↳ □預防事故傷害</td></tr>
<tr><td colspan="2">特殊記載</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">健保卡就醫序號</td><td colspan="2"></td><td>特約醫事機構代碼</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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【一歲半至二歲】兒童預防保健服務(含衛教指導)
紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="3">基本資料</td><td>姓 名</td><td></td><td>性別</td><td>□男□女</td><td>身分證統一編號</td><td></td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td colspan="2">年　月　日（年齡　歲　月）</td><td colspan="2">聯絡電話</td><td></td></tr>
<tr><td>現住地址</td><td colspan="5">縣市　鄉鎮市區　村里　鄰　路街　段　巷　弄　號　樓</td></tr>
<tr><td colspan="2">身長/身高</td><td>公分（　百分位）</td><td>體重</td><td colspan="2">公斤（　百分位）</td><td>頭圍　公分（　百分位）</td></tr>
<tr><td colspan="2">健康評估及建議處置、需注意或異常項目</td><td colspan="5">□無明顯異常
□需注意或異常項目
↳ □身體檢查：□建議定期追蹤 □建議轉介，進一步檢查
↳ 一般檢查：□頭 □皮膚 □耳朵 □口 □咽 □頸 □胸 □心音
□腹 □四肢 □外生殖器 □神經肌肉發展 □其他
↳ □注意項目：
↳ □身長 □體重 □頭圍 □動作 □語言 □認知 □社會發展
□視力及眼位 □聽力 □口腔 □其他</td></tr>
<tr><td colspan="2">家長紀錄事項</td><td colspan="5">餵食狀況
↳ □正餐 □母乳 □配方食品 □其他奶製品
螢幕接觸狀況(是否已開始接觸螢幕)
↳ □是 □否</td></tr>
<tr><td colspan="2">衛教指導紀錄</td><td colspan="5">□無須加強衛教
□已加強衛教項目(家長自評未做到或經醫師判斷需加強衛教)
↳ □孩子飲食
↳ □口腔與視力保健
↳ □預防事故傷害</td></tr>
<tr><td colspan="2">特殊記載</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">健保卡就醫序號</td><td colspan="2"></td><td>特約醫事機構代碼</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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【二歲至三歲】兒童預防保健服務(含衛教指導)
紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="3">基本資料</td><td>姓 名</td><td></td><td>性別</td><td>□男□女</td><td>身分證統一編號</td><td></td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td colspan="2">年　月　日（年齡　　歲　　月）</td><td colspan="2">聯絡電話</td><td></td></tr>
<tr><td>現住地址</td><td colspan="5">縣市　　鄉鎮市區　　村里　鄰　　路街　段　巷　弄　號　　樓</td></tr>
<tr><td>身長/身高</td><td colspan="2">公分（　　百分位）</td><td>體重</td><td colspan="2">公斤（　百分位）</td><td>頭圍　公分（　百分位）</td></tr>
<tr><td>健康評估及建議處置、需注意或異常項目</td><td colspan="6">□無明顯異常
□需注意或異常項目
↳ □身體檢查：□建議定期追蹤 □建議轉介，進一步檢查
↳ 一般檢查：□頭 □皮膚 □耳朵 □口 □咽 □頸 □胸 □心音
□腹 □四肢 □外生殖器 □神經肌肉發展 □其他
↳ □注意項目：
↳ □身高 □體重 □頭圍 □動作 □語言 □認知 □社會發展
□視力及眼位 □聽力 □口腔 □其他</td></tr>
<tr><td>家長紀錄事項</td><td colspan="6">螢幕接觸狀況(每日)
↳ □未接觸 □少於 30 分鐘 □30 分鐘至 1 小時 □超過 1 小時</td></tr>
<tr><td>衛教指導紀錄</td><td colspan="6">□無須加強衛教
□已加強衛教項目(家長自評未做到或經醫師判斷需加強衛教)
↳ □孩子飲食
↳ □口腔與視力保健
↳ □預防事故傷害</td></tr>
<tr><td>特殊記載</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>健保卡就醫序號</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">特約醫事機構代碼</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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【三歲至五歲】兒童預防保健服務(含衛教指導)
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）	BMI	
健康評估及建議處置、需注意或異常項目		□無明顯異常 □需注意或異常項目 ↳ □身體檢查：□建議定期追蹤 □建議轉介，進一步檢查 ↳ 一般檢查：□頭 □皮膚 □耳朵 □口 □咽 □頸 □胸 □心音 □腹 □四肢 □外生殖器 □神經肌肉發展 □其他 ↳ □注意項目： ↳ □身高 □體重 □BMI □動作 □語言 □認知 □社會發展 □視力及眼位 □聽力 □口腔 □其他				
家長紀錄事項		螢幕接觸狀況(每日) ↳ □未接觸 □少於 30 分鐘 □30 分鐘至 1 小時 □超過 1 小時				
衛教指導紀錄		□無須加強衛教 □已加強衛教項目(家長自評未做到或經醫師判斷需加強衛教) ↳ □口腔與視力保健 ↳ □預防事故傷害				
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【五歲至未滿七歲】兒童預防保健服務(含衛教指導)
紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="3">基本資料</td><td>姓 名</td><td></td><td>性別</td><td>□男□女</td><td>身分證統一編號</td><td></td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td colspan="2">年　月　日（年齡　　歲　　月）</td><td colspan="2">聯絡電話</td><td></td></tr>
<tr><td>現住地址</td><td colspan="5">縣市　　鄉鎮市區　　村里　鄰　　路街　段　巷　弄　號　　樓</td></tr>
<tr><td colspan="2">身長/身高</td><td colspan="2">公分（　　百分位）</td><td>體重</td><td colspan="2">公斤（　百分位）　BMI</td></tr>
<tr><td colspan="2">健康評估及建議處置、需注意或異常項目</td><td colspan="5">□無明顯異常
□需注意或異常項目
↳ □身體檢查：□建議定期追蹤 □建議轉介，進一步檢查
↳ 一般檢查：□頭 □皮膚 □耳朵 □口 □咽 □頸 □胸 □心音
□腹 □四肢 □外生殖器 □神經肌肉發展 □其他
↳ □注意項目：
↳ □身高 □體重 □BMI □動作 □語言 □認知 □社會發展
□視力及眼位 □聽力 □口腔 □其他</td></tr>
<tr><td colspan="2">家長紀錄事項</td><td colspan="5">螢幕接觸狀況(每日)
↳ □未接觸 □少於 30 分鐘 □30 分鐘至 1 小時 □超過 1 小時</td></tr>
<tr><td colspan="2">衛教指導紀錄</td><td colspan="5">□無須加強衛教
□已加強衛教項目(家長自評未做到或經醫師判斷需加強衛教)
↳ □口腔與視力保健
↳ □預防事故傷害</td></tr>
<tr><td colspan="2">特殊記載</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">健保卡就醫序號</td><td colspan="2"></td><td>特約醫事機構代碼</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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。

附表一之十修正規定

健康署第一次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單(出生後二週至二個月)

※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。

衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點
		未做到	已做到	
1. 孩子哺餵	餵食狀況	☐	☐	觀察孩子一天尿褲變濕 5-8 次來確定孩子有吃飽。
		☐	☐	餵奶問題之原因與處理，尤其是母乳哺餵問題。
		☐	☐	孩子餵食後一小時內，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孩子大便顏色。
		☐	☐	孩子出生後 14 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	孩子睡姿	☐	☐	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。
		☐	☐	與孩子同室但避免同床（含沙發或墊子）。
		☐	☐	嬰兒床保持淨空，避免有鬆軟物件、防撞護墊（床圍）或其他雜物。
		☐	☐	1 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，造成孩子夾傷或窒息，且床欄杆間距不可以超過 6 公分。
	家人行為	☐	☐	保持無菸環境，避免孩子受二手菸、三手菸的危害。
		☐	☐	照顧孩子時避免服用會影響清醒能力的藥物或酒精性飲料。
	安全照顧行為	☐	☐	孩子哭泣時，需要家長耐心安撫，不可以劇烈搖晃、旋轉或將孩子重摔床上；如果照顧者情緒無法控制，請向親友或專業人士尋求協助。
		☐	☐	孩子身上或身邊勿有任何繩子，如懸掛奶嘴、項鍊、平安符、窗簾繩或玩具吊繩。
		☐	☐	不要抱著孩子泡牛奶或拿著熱飲。
		☐	☐	準備孩子洗澡水，先放冷水再放熱水。
	孩子外出	☐	☐	乘車應使用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方，並依照說明書正確安裝使用。
		☐	☐	避免使用機車或自行車搭載孩子。
※返家後若有育兒諮詢需求，請多加運用孕產兒關懷諮詢專線0800-870870				
醫療院所名稱及代碼	家長簽名(關係)	醫師簽章： 指導日期_____年_____月_____日		

備註：

1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第 1 次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 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。

衛教主題	重點	家長評估 未做到	家長評估 已做到	醫師指導重點
1. 孩子哺餵	餵食狀況	☐	☐	純母乳哺育至 6 個月為佳，可持續哺餵母乳至 2 歲。
		☐	☐	奶量與餵食頻率，須依孩子需求餵食。
		☐	☐	不要讓孩子含奶瓶睡覺。
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	孩子睡姿	☐	☐	每次睡眠都應仰睡，可考慮在睡眠時使用奶嘴。
	睡眠環境	☐	☐	1 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。
		☐	☐	與孩子同室但避免同床（含沙發或墊子）。
		☐	☐	嬰兒床保持淨空，避免有鬆軟物件、防撞護墊（床圍）或其他雜物。
		☐	☐	若使用拉起式嬰兒床欄，應注意欄杆墜落，造成孩子夾傷或窒息，且床欄杆間距不可以超過 6 公分。
	安全照顧行為	☐	☐	孩子身上或身邊勿有任何繩子，如懸掛奶嘴、項鍊、平安符、窗簾繩或玩具吊繩。
		☐	☐	避免會劇烈搖晃孩子頭頸之動作或遊戲。
		☐	☐	孩子哭泣時，需要家長耐心安撫，不可以劇烈搖晃、旋轉或將孩子重摔床上；如果照顧者情緒無法控制，請向親友或專業人士尋求協助。
		☐	☐	不要抱著孩子泡牛奶或拿著熱飲。
		☐	☐	準備孩子洗澡水，先放冷水再放熱水。
	孩子外出	☐	☐	乘車應使用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方，並依照說明書正確安裝使用。
		☐	☐	避免使用機車或自行車搭載孩子。
4. 親子共讀	親子共讀	☐	☐	親子共讀很重要，請儘早開始陪孩子一起看書、講故事。

※返家後若有育兒諮詢需求，請多加運用孕產兒關懷諮詢專線0800-870870

醫療院所名稱及代碼	家長簽名(關係)	醫師簽章： 指導日期_____年_____月_____日

備註：

1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第 2 次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 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。

衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點
		未做到	已做到	
1. 孩子哺餵	餵食狀況	☐	☐	純母乳哺育至 6 個月為佳，可持續哺餵母乳至 2 歲。
	副食品	☐	☐	副食品於 6 個月後即需添加，於 4-6 個月提早添加需經醫師專業評估。
		☐	☐	1 歲以下的孩子不可餵食蜂蜜。
	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孩子。
		☐	☐	不要讓孩子含奶瓶睡覺。
2. 口腔清潔照護	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	睡眠環境	☐	☐	1 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。
		☐	☐	與孩子同室但避免同床（含沙發或墊子）。
		☐	☐	嬰兒床保持淨空，避免有鬆軟物件、防撞護墊（床圍）或其他雜物。
		☐	☐	若使用拉起式嬰兒床欄，應注意欄杆墜落，造成孩子夾傷或窒息，且床欄杆間距不可以超過 6 公分。
	安全照顧行為	☐	☐	不要抱著孩子泡牛奶或拿著熱飲。
		☐	☐	避免會劇烈搖晃孩子頭頸之動作或遊戲。
		☐	☐	孩子哭泣時，不可以劇烈搖晃、旋轉或將孩子重摔床上；如果照顧者情緒無法控制，請向親友或專業人士尋求協助。
		☐	☐	準備孩子洗澡水，先放冷水再放熱水。
	孩子外出	☐	☐	乘車應使用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方，並依照說明書正確安裝使用。
		☐	☐	避免使用機車或自行車搭載孩子。
※返家後若有育兒諮詢需求，請多加運用孕產兒關懷諮詢專線0800-870870				
醫療院所名稱及代碼	家長簽名(關係)	醫師簽章： 指導日期_____年_____月_____日		

備註：

1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第 3 次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 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(六個月至一歲)

※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。

衛教主題	重點	家長評估 未做到	家長評估 已做到	醫師指導重點
1.孩子哺餵	副食品	☐	☐	6個月務必添加副食品。副食品1次給予一種新食物，逐漸增加，建議達到每天準備三餐和2-3次點心給孩子食用。
		☐	☐	均衡食用六大類食物，補充鐵質可適量食用紅色肉類、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：海魚、無調味海苔片、海帶、紫菜等海藻類食物。
		☐	☐	1歲以下的孩子不可餵食蜂蜜。
	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孩子，也不要讓孩子含奶睡覺。
		☐	☐	讓孩子少量多嘗試各類食物並多變換烹煮方式。
		☐	☐	餵食量依孩子需求，不要強迫進食。
2.口腔與視力保健	口腔清潔	☐	☐	開始長乳牙了，餐後及睡前使用紗布或尼龍刷毛牙刷沾含氟1,000ppm牙膏（僅需米粒大小），幫孩子潔牙。
		☐	☐	長乳牙後，每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。
	視力保健	☐	☐	建議未滿2歲孩子不看螢幕，有視覺異常症狀應看眼科醫師。
3.預防事故傷害	睡眠安全	☐	☐	1歲以下禁止使用枕頭（即使中間有凹/洞設計的也不行）。
		☐	☐	與孩子同室但避免同床(含沙發或墊子)，嬰兒床保持淨空。
	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。
		☐	☐	將細小東西、藥品或其他危險物品，放在孩子無法拿到的地方。
		☐	☐	避免給予硬且圓的食物，易導致孩子噎住，如堅果、葡萄、果凍、湯圓、粉圓或糖果。
		☐	☐	避免劇烈搖晃孩子頭頸之動作或遊戲。
		☐	☐	避免玩具脫落之附件吸入，或口中含著食物奔跑、嬉戲。
		☐	☐	不讓孩子玩塑膠袋或爬入密閉箱櫃，易造成窒息。
		☐	☐	不可讓孩子獨處或託付給未成年者照顧。
	孩子外出	☐	☐	孩子活動範圍要遠離車道。
		☐	☐	乘車應使用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方，並依照說明書正確安裝使用。
		☐	☐	避免使用機車或自行車搭載孩子。

※返家後若有育兒諮詢需求，請多加運用孕產兒關懷諮詢專線0800-870870

醫療院所名稱及代碼	家長簽名(關係)	醫師簽章： 指導日期_____年_____月_____日

備註：

1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第4次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 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(一歲至一歲半)

※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。

衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點
		未做到	已做到	
1. 孩子哺餵	飲食內容	☐	☐	建議達到每天準備三餐和 2-3 次點心給孩子食用。
		☐	☐	均衡食用六大類食物，補充鐵質可適量食用紅色肉類、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：海魚、無調味海苔片、海帶、紫菜等海藻類食物。
		☐	☐	1 歲以後的乳品類食物來源，應選擇無額外添加糖的品項，例如：鮮奶。2 歲以下孩子不建議飲用低脂或脫脂乳品。
	餵食習慣	☐	☐	讓孩子少量多嘗試各類食物並多變換烹煮方式。
		☐	☐	1 歲開始讓孩子使用學習杯及湯匙，並逐漸減少奶瓶餵奶次數以準備戒斷奶瓶。
		☐	☐	餵食時應讓孩子坐穩，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）潔牙及尼龍刷毛牙刷沾含氟 1,000ppm牙膏（僅需米粒大小）潔牙。
		☐	☐	每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。
	視力保健	☐	☐	建議未滿 2 歲孩子不看螢幕，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	☐	☐	與孩子同室但避免同床（含沙發或墊子），且孩子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。
		☐	☐	不讓孩子玩塑膠袋或爬入密閉箱櫃，易造成窒息。
		☐	☐	避免孩子發生墜樓的事故，窗戶、陽台旁不可放置可供孩子攀爬的傢俱、花盆等雜物。
		☐	☐	避免孩子獨自留在浴室浴缸，每當孩子靠近水的地方，包括水桶、水池、上廁所，應當提高警覺，在旁注意。
		☐	☐	不可讓孩子獨處或託付給未成年者照顧。
	孩子外出	☐	☐	孩子活動範圍要遠離車道。
		☐	☐	乘車應使用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方，並依照說明書正確安裝使用。
		☐	☐	避免使用機車搭載孩子。
※返家後若有育兒諮詢需求，請多加運用孕產兒關懷諮詢專線0800-870870				
醫療院所名稱及代碼	家長簽名(關係)			醫師簽章： 指導日期_____年_____月_____日

備註：

1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第 5 次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 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(一歲半至二歲)

※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。

衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點
		未做到	已做到	
1. 孩子飲食	餵食習慣	☐	☐	避免含糖飲料，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。
		☐	☐	讓孩子使用學習杯及湯匙，並戒斷奶瓶餵奶；但持續乳類食品之供應。
		☐	☐	用餐應固定地點，讓孩子坐高腳椅，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）潔牙及尼龍刷毛牙刷沾含氟1,000ppm牙膏（僅需米粒大小）潔牙。
		☐	☐	每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。
	視力保健	☐	☐	建議未滿2歲孩子不看螢幕，2歲以上孩子每天看螢幕不要超過1小時。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	☐	☐	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，避免孩子不慎栽入。
		☐	☐	避免孩子單獨進入浴室廚房。
		☐	☐	藥品、清潔劑、殺蟲劑、刀剪等危險物品，置於高處或鎖在櫥櫃、抽屜內。
		☐	☐	避免孩子發生墜樓的事故，窗戶、陽台旁不可放置可供孩子攀爬的傢俱、花盆等雜物。
		☐	☐	避免會劇烈搖晃孩子頭頸之動作或遊戲。
	孩子外出	☐	☐	開車前先安置孩子上車，行車時按下兒童安全鎖，停車後由成人協助孩子下車。
		☐	☐	乘車應使用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方，並依照說明書正確安裝使用。
		☐	☐	避免使用機車搭載孩子。
		☐	☐	倒車時留意車外孩子行蹤。
		☐	☐	不可將孩子單獨留在車內。
		☐	☐	不讓孩子離開視線範圍，並禁止讓孩子獨自留在儲水容器邊、池塘邊、河邊、游泳池及游泳池邊或海邊。
		☐	☐	孩子活動範圍要遠離車道。
※返家後若有育兒諮詢需求，請多加運用孕產兒關懷諮詢專線0800-870870				
醫療院所名稱及代碼	家長簽名(關係)	醫師簽章： 指導日期_____年_____月_____日		

備註：

1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第6次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 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(二歲至三歲)

※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。

衛教主題	重點	家長評估		醫師指導重點
		未做到	已做到	
1. 孩子飲食	餵食習慣	☐	☐	避免含糖飲料，不喝含咖啡因飲料（如：紅茶），多喝白開水。
		☐	☐	避免以食物作為孩子行為表現的獎勵品。
		☐	☐	餐前 2 小時內不宜提供點心。
		☐	☐	規定合理用餐時間（一般為 30 分鐘）。
	用餐環境	☐	☐	用餐應固定地點，讓孩子坐高腳椅，並與家人一起用餐。
		☐	☐	用餐時不要看電視、平板及手機等 3C用品，並固定在餐桌上用餐。
		☐	☐	維持進餐愉悅氣氛，讓孩子參與餐桌談話。
2. 口腔與視力保健	口腔清潔	☐	☐	餐後及睡前使用尼龍刷毛牙刷沾含氟 1,000ppm牙膏（僅需米粒大小），幫孩子潔牙，兩顆牙齒的鄰接面，需使用牙線（棒）清潔。
		☐	☐	每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。
	視力保健	☐	☐	用眼 30 分鐘，休息 10 分鐘，並避免長時間近距離用眼。2 歲以上每日看螢幕不要超過 1 小時，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	☐	☐	藥品、清潔劑、殺蟲劑等危險物品，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，其電線收藏在孩子無法碰觸或拉動之處。
		☐	☐	避免孩子夾傷，摺疊桌放置在孩子無法接觸到的地方。
		☐	☐	避免孩子獨自留在浴室浴缸，每當孩子靠近水的地方，包括水桶、水池、上廁所，應當提高警覺，在旁注意。
	孩子外出	☐	☐	教導孩子穿越馬路「停看聽」的正確交通行為，且在過馬路時仍應牽住孩子的手腕。
		☐	☐	避免使用機車搭載孩子。
		☐	☐	務必使用汽車安全座椅，並依照說明書正確安裝定位於後座。
※返家後若有育兒諮詢需求，請多加運用孕產兒關懷諮詢專線0800-870870				
醫療院所名稱及代碼	家長簽名(關係)	醫師簽章： 指導日期_____年_____月_____日		

備註：

1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第 7 次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 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。

健康署第八次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單(三歲至五歲)

※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。

衛教主題	重點	家長評估 未做到	家長評估 已做到	醫師指導重點
1. 孩子習慣養成	餵食習慣	☐	☐	避免含糖飲料。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。避免給予孩子零食,且家中不要存放過多零食。
	用餐環境	☐	☐	3 歲後可以開始規定一些簡單的餐桌禮節，用餐時應讓孩子坐穩，避免邊玩邊吃。
		☐	☐	用餐應固定地點，讓孩子坐高腳椅，並與家人一起用餐。
		☐	☐	避免在兒童房放置電視，除孩子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	☐	☐	餐後及睡前使用尼龍刷毛牙刷沾含氟 1,000ppm牙膏（僅需豌豆大小），幫孩子潔牙，兩顆牙齒的鄰接面，需使用牙線（棒）清潔。
		☐	☐	每 3 個月至 6 個月定期看牙醫及牙齒塗氟。
	視力保健	☐	☐	2 歲以上孩子每天看螢幕不要超過 1 小時。
		☐	☐	用眼 30 分鐘，休息 10 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	☐	☐	不可讓孩子獨處或託付給未成年者照顧。
		☐	☐	避免孩子接觸打火機或家中火源。
		☐	☐	刀剪等危險物品，應置於高處或鎖在櫥櫃、抽屜內。
		☐	☐	避免孩子發生墜樓的事故，窗戶、陽台旁不可放置可供孩子攀爬的傢俱、花盆等雜物。
	孩子外出	☐	☐	使用符合身高體重之兒童安全座椅，並依照說明書正確安裝固定於汽車後座。
		☐	☐	禁止讓孩子獨自留在車內、儲水容器邊、池塘邊、河邊、游泳池及游泳池邊、海邊。
		☐	☐	教導並提醒孩子穿越馬路「停看聽」的正確交通行為，且在過馬路時仍應牽住孩子的手腕。
		☐	☐	避免使用機車搭載孩子。

※返家後若有育兒諮詢需求，請多加運用孕產兒關懷諮詢專線0800-870870

醫療院所名稱及代碼	家長簽名(關係)	醫師簽章： 指導日期_____年_____月_____日

備註：

1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第 8 次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 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。

健康署第九次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單(五歲至未滿七歲)

※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。

衛教主題	重點	家長評估 未做到	家長評估 已做到	醫師指導重點
1. 孩子習慣養成	餵食習慣	☐	☐	避免含糖飲料。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。避免給予孩子零食，且家中不要存放過多零食。
	用餐環境	☐	☐	用餐應固定地點，讓孩子坐高腳椅，並與家人一起用餐。
		☐	☐	避免在兒童房放置電視，除孩子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	☐	☐	餐後及睡前使用尼龍刷毛牙刷沾含氟 1,000ppm牙膏（僅需豌豆大小），幫孩子潔牙，兩顆牙齒的鄰接面，需使用牙線（棒）清潔。
		☐	☐	每 3 個月至 6 個月定期看牙醫及牙齒塗氟。
		☐	☐	恆牙第一大臼齒長出後可至牙醫院所接受窩溝封填服務。
	視力保健	☐	☐	2 歲以上孩子每天看螢幕不要超過 1 小時。
		☐	☐	用眼 30 分鐘，休息 10 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	☐	☐	避免孩子接觸打火機或家中火源。
		☐	☐	刀剪等危險物品，應置於高處或鎖在櫥櫃、抽屜內。
		☐	☐	避免孩子發生墜樓的事故，窗戶、陽台旁不可放置可供孩子攀爬的傢俱、花盆等雜物。
		☐	☐	不可讓 6 歲以下孩子獨處或託付給未成年者照顧。
	孩子外出	☐	☐	禁止讓孩子獨自留在車內、儲水容器邊、池塘邊、河邊、游泳池及游泳池邊、海邊。
		☐	☐	使用符合身高體重之兒童安全座椅，並依照說明書正確安裝固定於汽車後座。
		☐	☐	教導並提醒孩子穿越馬路「停看聽」的正確交通行為，且在過馬路時仍應牽住孩子的手腕。
※返家後若有育兒諮詢需求，請多加運用孕產兒關懷諮詢專線0800-870870				
醫療院所名稱及代碼	家長簽名(關係)	醫師簽章： 指導日期_____年_____月_____日		

備註：

1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第 9 次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 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。

附表一之十二

健康署兒童預防保健服務(含衛教指導)紀錄結果表單電子檔申報格式

項次	資料名稱	輸入參數	資料說明
1	就醫日期	funcDate	YYYY/MM/DD
2	出生日期	birthday	YYYY/MM/DD
3	身分證字號	personalID	身分證字號 請參見備註一。
4	姓名	name	姓名
5	性別	sex	1 男;2 女。 請參見備註二。
6	電話 1	phone1	電話 1
7	電話 2	phone2	電話 2 空值請填””
8	縣市代碼	city	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）
9	地址	address	地址
10	健保卡 ICCode	icCode	第 1-9 次：IC71-79
11	醫事機構代碼 ID	hospitalID	醫事機構代碼 ID
12	評估中心代碼 ID	assessID	評估中心代碼 ID，非必填
13	健康評估及建議處置	healthResult	0 無明顯異常、1 需注意或異常項目。 請參見備註三。
14	身體檢查	bodyResult	0 無、1 建議定期追蹤、2 建議轉介，進一步檢查
15	一般檢查	bodyGeneralReason	身體檢查；(1:頭、2:皮膚、3:耳朵、4:口、5:咽、6:頸、7:胸、8:心音、9:腹、10:四肢、11:外生殖器、12:神經肌肉發展、13:其他）複選，多值使用”,”分隔。
16	注意項目	bodyNotes	注意項目(1:身長/高、2:體重、3:頭圍、4:動作、5:語言、6:認知、7:社會發展、8:視力及眼位、9:聽力、10:口腔、11:其他）複選，多值使用”,”分隔。
17	身長/高	height	單位：公分，取至小數點下一位，第二位四捨五入。(第 1-6 次為身長、第 7-9 次為身高)
18	體重	weight	單位：公斤，取至小數點下一位，第二位四捨五入。
19	頭圍	head	單位：公分，取至小數點下一位，第二位四捨五入。(第 1-7 次)
20	BMI		自動換算無須填寫(第 8、9 次)
21	轄區衛生所代碼	thirdId	轄區衛生所代碼(非必填)
22	是否依附健保卡 ID	isDepend	該次預防保健是否依附父母健保卡就醫，僅 IC71、IC72 可使用依附父母健保卡；0:否、1:依附母親、2:

項次	資料名稱	輸入參數	資料說明
			依附父親、3:依附母親(統證)、4:依附母親(新式統證)
23	依附父或母證號 ID	dependID	依附父或母證號 ID（isDepend=1~4，必填）
24	是否為早產兒	isPremature	是否早產；0:否；1:是
25	預產期	prematureDate	預產期；當 IsPremature=1 預產期日期為必填
26	胎序	tiSu	1:單胎、多胞則填 2~5，此欄位為依附健保卡_胎序才需使用(辨識雙胞胎、多胞胎)
27	【家長紀錄事項】 餵食狀況	chkQ101Kind	1 母乳/2 配方食品/3 副食品/4 正餐/5 其他奶製品，複選，多值使用”,” 分隔。
28	您的孩子是否已經開始接觸螢幕（手機、平板、電視等）	rblQ1	0 沒 / 1 有
29	您的孩子每日平均接觸螢幕（手機、平板、電視等）的時間約為多久？	rblQ2	0 未接觸/1 少於 30 分鐘/2 30 分鐘至 1 小時/3 超過 1 小時
30	【衛教指導紀錄】 無須加強衛教	chkQ001	1 勾選 0 未勾
31	已加強衛教項目(家長自評未做到或經醫師判斷需加強衛教)	chkQ002	1 勾選 0 未勾
32	孩子哺餵/飲食	chkQ101	1 勾選 0 未勾
33	口腔清潔/口腔與視力保健	chkQ201	1 勾選 0 未勾
34	預防事故傷害及嬰兒猝死/預防事故傷害	chkQ301	1 勾選 0 未勾
35	親子共讀	chkQ401	1 勾選 0 未勾

備註：

一、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。

二、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。

三、「健康評估及建議處置」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「身體檢查」及「注意項目」），若有多項需注意或異常項目，請同時填報。

附表二之二　健康署產前檢查服務及產後健康照護服務對象、時程、服務內容及補助金額修正規定　（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	醫療院所	助產所				醫療院所	助產所
40	5A	IC40	IC5A	妊娠第一期孕婦(妊娠未滿十三週)	第一次(第八週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、流產徵兆、高危險妊娠及孕期營養衛教指導。	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、成癮習慣查詢。 （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	妊娠第二期孕婦(妊娠十三週至未滿二十九週)	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、早產徵兆及孕期營養衛教指導。	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

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。)（註九）		500（註十）	500（註十）
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（註九）： 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（註十）	–
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

5P	6P	IC5P	IC6P	第一次： 產後未滿一個月 (建議於產後一週至二週)	一、生理量測：體重、血壓。 二、疾病與身體機能評估： 1.孕產期疾病後續評估。 2.慢性病評估。 3.身體、骨盆泌尿機能評估。 三、心理健康：愛丁堡憂鬱量表(個案自評)。 四、產後生活型態及生育之諮詢： 1.睡眠、家庭支持評估之諮詢。 2.餵養、孩子照護諮詢。 3.戒菸、酒、非法藥物諮詢。 4.疫苗諮詢。	540	432
5Q	6Q	IC5Q	IC6Q	第二次： 產後一個月至三個月內 (建議於產後六週至八週)	一、生理量測：體重、血壓。 二、疾病與身體機能評估： 1.孕產期疾病後續評估。 2.慢性病評估。 3.身體、骨盆泌尿機能評估。 三、心理健康：愛丁堡憂鬱量表(個案自評)。 四、產後生活型態及生育之諮詢： 1.運動、營養諮詢。 2.性生活、避孕、下一胎諮詢。	450	360

備註：

一、產前檢查內容包括：

（一）問診內容：本胎不適症狀如出血、腹痛、頭痛、痙攣或其他症狀。

（二）身體檢查：體重、血壓、胎心音、胎位、水腫、靜脈曲張。

（三）實驗室檢查：尿蛋白、尿糖。

二、經醫療專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請：醫令代碼54，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，限於妊娠第四十一週或第四十二週申報。

三、超音波檢查：

（一）醫令代碼60、6A，限併同就醫序號IC40～IC42或IC 5A～5C擇一作申報。

（二）醫令代碼61、6B，限併同就醫序號IC43～IC46或IC5D～5G擇一作申報。

（三）醫令代碼62、6C，限併同就醫序號IC47～IC53或IC5H～IC5N擇一作申報。

四、貧血檢驗：

（一） 醫令代碼55、6D，限併同就醫序號IC44～IC45或IC5E～IC5F擇一作申報。

（二）於妊娠第24-28週時接受CBC III-（WBC、RBC、Hb、Hct、MCV)及血小板計數。孕婦貧血診斷標準，第二孕期血色素<10.5g/dL。

五、妊娠糖尿病篩檢：

（一） 醫令代碼56、6E，限併同就醫序號IC44～IC45；IC5E～IC5F擇一作申報。

（二）於妊娠第24-28週時接受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：以空腹血糖≥92mg/dL；口服葡萄糖後一小時血糖≥180mg/dL；第二小時血糖≥153mg/dL為標準，符合以上三項當中一項(含)以上，即診斷為妊娠糖尿病(GDM)。對檢驗確診GDM者，提供說明、初步衛教及轉介至相關門診治療，持續提供後續照護。

六、產檢德國麻疹抗體檢驗：每一孕婦產檢，若於醫療院所產檢，其醫令代碼64須與就醫序號IC41或IC47擇一申報；若於助產所產檢，其醫令代碼65須與就醫序號IC5B或IC5H擇一申報；不得重複申報。未依規定申報者，不予核付該費用。

七、產檢B型肝炎血清標誌檢驗。每一孕婦產檢，若於醫療院所產檢，其醫令代碼69須與就醫序號IC41或IC47擇一申報；若於助產所產檢，其醫令代碼70須與就醫序號IC5B或IC5H擇一申報；不得重複申報。未依規定申報者，不予核付該費用。

八、當提供梅毒檢查（非特異性）後，如呈陽性，則健保對象無須回診，院所逕接續執行特異性梅毒螺旋體試驗，並申報健保費用；相關申報方式，請參閱健保署公告自一百十五年一月起實施之「孕婦產前檢查-非特異性梅毒螺旋體試驗陽性接續進行特異性梅毒螺旋體試驗申報方式」辦理。

九、產前乙型鏈球菌篩檢：醫令代碼66、67，限併同就醫序號IC48～IC51或IC5I～IC5L擇一作申報。

（一）早產住院安胎執行者，分開二筆申報，孕婦乙型鏈球菌篩檢費用以68之醫令代碼，就醫序號為IC40～IC47，擇一於門診申報該筆費用。

（二）若因早產現象而住院之懷孕婦女在補助孕婦乙型鏈球菌篩檢前，其就醫序號已使用過IC47時，於提供該項篩檢服務後，可依下列方式申報：

1. 若懷孕週數「已滿三十五週未達三十八週」時，得以66醫令代碼，及擇用IC48～IC51就醫序號，擇一作申報。

2. 若「懷孕週數未滿三十五週」時，仍可依醫師判斷進行孕婦乙型鏈球菌篩檢，並以 68 醫令代碼及就醫序號 IC47 申報該筆費用。

十、低收入戶、中低收入戶、設籍山地原住民地區、離島偏遠地區之產前乙型鏈球菌篩檢，不得再收取差額。另實際收費高於健康署補助金額者（每案新臺幣500元），須對服務對象作合理說明，並獲得服務對象接受，始得收取差額。

十一、有關重複受檢檢核條件如下：

（一）醫令代碼40（5A）、41（5B）、60（6A）、64（65）、69（70）、98同院所、同身分證字號、同月或連續二個月皆不得重複申報。

（二）醫令代碼42（5C）四個月內不得重複申報。

（三）醫令代碼5P（6P）、5Q（6Q）五個月內不得重複申報。

（四）醫令代碼43（5D）、44（5E）、45（5F）、46（5G）、47（5H）、48（5I）、49（5J）、50（5K）、51（5L）、52（5M）、53（5N）、66（67）、99、61（6B）、62（6C）、55（6D）、56（6E），同身分證字號七個月內不得重複申報。

（五）醫令代碼5P（6P），同院所、同身分證字號一年內不得重複四次以上。

（六）醫令代碼64（65）、69（70）、98、5Q（6Q），同院所、同身分證字號一年內不得重複三次以上。

（七）醫令代碼54，同院所、同身分證字號七個月內不得重複三次以上。

（八）醫令代碼68：同院所、同身分證字號五週內不得重複申報。

十二、醫令代碼5P（6P）服務時程應於產後第31天內，5Q（6Q），服務時程應介於產後第28至92天，且二者間隔至少5天，始得提供前述服務。

十三、性別條件為女性。

附表二之五修正規定

健康署孕婦產前預防保健服務血液及尿液常規項目紀錄結果表

一、個人基本資料

姓名		身分證字號	
		居留證統一證號/護照號碼（外籍人士）	
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　區鎮　村　里　路　街　段　巷　弄　號　樓		

本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

二、產前檢查常規項目檢驗資料（產檢院所填寫）

產檢院所名稱		產檢院所醫事機構代碼	
檢查日期【註一】	年　月　日	篩檢時之孕期週數	第　週
身高	_____公分	體重	_____公斤
BMI【註二】	_____kg/m^2	本次檢查使用卡序	□ IC41 或 IC5B □ IC47 或 IC5H
檢查項目	**結果**	**檢查項目**	**結果**
RH因子	□陰性 □陽性	第一次梅毒血清反應（VDRL或RPR）	□陰性 □陽性
血型		第二次梅毒血清反應（VDRL或RPR）	□陰性 □陽性
白血球（WBC）	$x10^3/uL$	B型肝炎表面抗原	□陰性 □陽性 □未檢查
紅血球（RBC）	$x10^6/uL$	B型肝炎e抗原	□陰性 □陽性 □未檢查
血小板（Plt）	$x10^3/uL$	尿液常規	□正常 □異常(請於下列□進行勾選) □(1)尿蛋白 □(2)尿糖 □(3)顏色 □(4)比重 □(5)混濁度 □(6)酸鹼度 □(7)白血球 □(8)尿沉渣 □(9)尿膽元□(10)膽紅素 □(11)潛血 □(12)酮體 □(13)其他_____
血球容積比(Hct)	%		
平均紅血球體積（MCV）	fl		
血色素（Hb）	g/dL □正常 □異常		
德國麻疹抗體反應	□陰性 □陽性 □弱陽性 □未檢查		

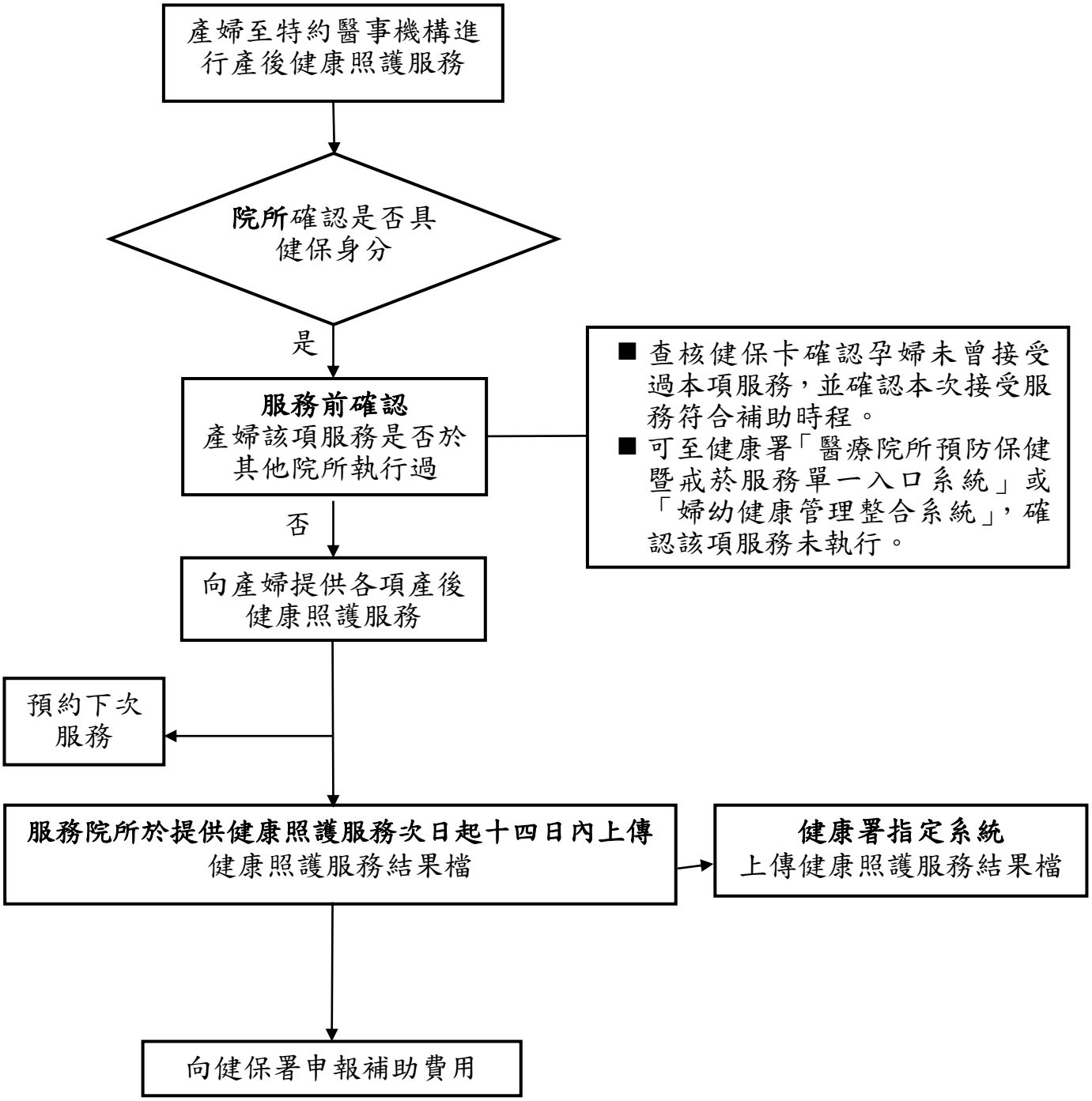
【註一】檢查日期如與開單日期不一致，請填寫孕婦實際接受本項檢查之日期，並於檢查日期次日起十四日內將表單結果上傳至健康署指定系統。

【註二】此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出BMI；若以批次上傳，則本欄為必填欄位。

【註三】提供梅毒檢查（非特異性）後，如呈陽性，則健保對象無須回診，院所逕接續執行特異性梅毒螺旋體試驗，並申報健保費用；相關申報方式，請參閱健保署公告自一百十五年一月起實施之「孕婦產前檢查-非特異性梅毒螺旋體試驗陽性接續進行特異性梅毒螺旋體試驗申報方式」辦理。

附表二之二十四修正規定

健康署產後健康照護服務結果登錄上傳流程圖



附表二之二十五修正規定

健康署第一次產後健康照護服務紀錄結果表

<table>
<tr><td colspan="12">一、個人基本資料</td></tr>
<tr><td rowspan="2">姓名</td><td rowspan="2"></td><td>身分證字號</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>統一證號/護照號碼（外籍人士）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td colspan="3">年　　月　　日</td><td>聯絡資訊</td><td colspan="7">電話：(　　)
手機：</td></tr>
<tr><td>現居住地址</td><td colspan="11">鄉鎮市區代碼：□□□□
縣　　市鄉　　村　　路　　段　　巷　　號
市　　區鎮　　里　　街　　弄　　樓</td></tr>
<tr><td colspan="12">本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。</td></tr>
<tr><td colspan="12">二、產後健康照護服務資料（提供服務院所填寫）</td></tr>
<tr><td>服務院所名稱</td><td colspan="3"></td><td>服務院所
醫事機構代碼</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>本胎生產日期</td><td colspan="11">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>服務日期
【註一】</td><td colspan="3">年　　月　　日</td><td>服務時之
產後天數</td><td colspan="7">第　　天</td></tr>
<tr><td>身高</td><td colspan="3">_____公分</td><td>體重</td><td colspan="7">_____公斤</td></tr>
<tr><td>BMI
【註二】</td><td colspan="3">_____kg/m²</td><td>本次服務
使用卡序</td><td colspan="7">□IC5P(醫療院所)
□IC6P(助產所)</td></tr>
<tr><td colspan="12">三、產後健康照護服務結果（提供服務院所填寫）</td></tr>
<tr><td>產後健康
照護服務</td><td colspan="5">提供健康或生活型態諮詢與轉介
1. 戒菸：□諮詢　□轉介 □無此問題
2. 高血壓：□諮詢　□轉介 □無此問題
3. 其他慢性疾病：□諮詢　□轉介 □無此問題</td><td colspan="6">□無左列健康或生活型態問題</td></tr>
<tr><td>愛丁堡憂鬱量表(個案自評)分數</td><td colspan="5">總分_____分
第 10 題_____分　　□個案未自評</td><td colspan="6">是否轉介
□是　□否</td></tr>
</table>

【註一】服務日期如與開單日期不一致，請填寫產後婦女實際接受本服務之日期，並於服務日期次日起十四日內將表單結果上傳至健康署指定系統。

【註二】此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出 BMI；若以批次上傳，則本欄為必填欄位。

【註三】本胎生產日期若為雙(多)胞胎，以最後一胎產出時間認定。

附表二之二十六修正規定

健康署第一次產後健康照護服務紀錄結果表
資料電子檔申報格式

第一次產後健康照護服務資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	姓名	文字	30	V	
2	身分證、統一證號或護照號碼	文字	10	V	國民身分證統一編號，或外籍護照號碼，以大寫半型英數字元輸入。
3	出生日期	文字	7	V	民國年(YYYMMDD)
4	聯絡電話	文字	20	☆	序號 4 或 5 擇一必填 分機以#表示。 可接受格式如：02-3456-7890#123； (02)3456-7890#123 等。
5	聯絡手機	文字	20	☆	
6	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼 4 碼，非郵遞區號
7	居住地址	文字	60	V	
8	服務院所名稱	文字	50	V	
9	服務院所醫事機構代碼	文字	10	V	
10	本胎生產日期	文字	7	V	民國年(YYYMMDD)
11	服務日期	文字	7	V	民國年(YYYMMDD)
12	服務時之產後天數	文字	3	V	取至整數
13	身高	數字	3	V	單位：公分 長度 3(皆為整數)
14	體重	數字	3	V	單位：公斤 長度 3(皆為整數)
15	BMI 值	數字	5	☆	範例格式:長度 5(整數 3 位,小數 1 位) ※體重(公斤)除以身高(公尺)的平方，請依公式計算填入。
16	本次服務項目使用卡序	文字	1	V	1：IC5P 2：IC6P
17	戒菸	文字	1	V	0：未勾選 1：諮詢 2：轉介 3：諮詢及轉介 4：無此問題
18	高血壓	文字	1	V	0：未勾選 1：諮詢 2：轉介 3：諮詢及轉介 4：無此問題
19	其他慢性疾病	文字	1	V	0：未勾選 1：諮詢 2：轉介 3：諮詢及轉介 4：無此問題
20	健康或生活型態問題	文字	1	☆	如序號 17-19 皆為 0，本欄必為 1 1：無左列健康或生活型態問題
21	愛丁堡憂鬱量表(個案自評)總分數	數字	2	△	單位：分 長度 2(皆為整數) 88 保留予未自評者。
22	愛丁堡憂鬱量表(個案自評)第 10 題分數	數字	1	△	單位：分 長度 1(皆為整數) 8 保留予未自評者。
23	是否轉介	文字	1	☆	如序號 21 大於等於 13 或序號 22 大於等於 1 則本欄必填 1：是 2：否

附表二之二十七修正規定

健康署第二次產後健康照護服務紀錄結果表

一、個人基本資料															
姓名		身分證字號													
		統一證號/護照號碼（外籍人士）													
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														
本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。															

二、產後健康照護服務資料（提供服務院所填寫）			
服務院所名稱		服務院所 醫事機構代碼	
本胎生產日期	年　月　日		
服務日期 【註一】	年　月　日	服務時之 產後天數	第　天
身高	_____公分	體重	_____公斤
BMI 【註二】	_____kg/m^2	本次服務 使用卡序	□IC5Q(醫療院所) □IC6Q(助產所)

三、產後健康照護服務結果（提供服務院所填寫）		
產後健康 照護服務	提供健康或生活型態諮詢與轉介 1. 健康體位：□諮詢　□轉介　□無此問題 2. 飲食營養：□諮詢　□轉介　□無此問題 3. 運動：□諮詢　□轉介□無此問題 4. 高血壓：□諮詢　□轉介　□無此問題 5. 其他慢性疾病：□諮詢　□轉介　□無此問題	□無左列健康或生活型態問題
愛丁堡憂鬱量表(個案自評)分數	總分_____分 第 10 題_____分　□個案未自評	是否轉介 □是　□否

【註一】服務日期如與開單日期不一致，請填寫產後婦女實際接受本服務之日期，並於服務日期次日起十四日內將表單結果上傳至健康署指定系統。

【註二】此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出 BMI；若以批次上傳，則本欄為必填欄位。

【註三】本胎生產日期若為雙(多)胞胎，依最後一胎產出時間認定。

附表二之二十八修正規定

第二次產後健康照護服務紀錄結果表
資料電子檔申報格式

第二次產後健康照護服務

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	姓名	文字	30	V	
2	身分證、統一證號或護照號碼	文字	10	V	國民身分證統一編號，或外籍護照號碼，以大寫半型英數字元輸入。
3	出生日期	文字	7	V	民國年(YYYMMDD)
4	聯絡電話	文字	20	☆	序號4或5擇一必填 分機以#表示。 可接受格式如：02-3456-7890#123； (02)3456-7890#123等。
5	聯絡手機	文字	20	☆	
6	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼4碼，非郵遞區號
7	居住地址	文字	60	V	
8	服務院所名稱	文字	50	V	
9	服務院所醫事機構代碼	文字	10	V	
10	本胎生產日期	文字	7	V	民國年(YYYMMDD)
11	服務日期	文字	7	V	民國年(YYYMMDD)
12	服務時之產後天數	文字	3	V	取至整數
13	身高	數字	3	V	單位：公分 長度3(皆為整數)
14	體重	數字	3	V	單位：公斤 長度3(皆為整數)
15	BMI值	數字	5	☆	範例格式:長度5(整數3位,小數1位) ※體重(公斤)除以身高(公尺)的平方，請依公式計算填入。
16	本次服務項目使用卡序	文字	1	V	1：IC5Q 2：IC6Q
17	健康體位	文字	1	V	0：未勾選 1：諮詢 2：轉介 3：諮詢及轉介 4：無此問題
18	飲食營養	文字	1	V	0：未勾選 1：諮詢 2：轉介 3：諮詢及轉介 4：無此問題
19	運動	文字	1	V	0：未勾選 1：諮詢 2：轉介 3：諮詢及轉介 4：無此問題
20	高血壓	文字	1	V	0：未勾選 1：諮詢 2：轉介 3：諮詢及轉介 4：無此問題
21	其他慢性疾病	文字	1	V	0：未勾選 1：諮詢 2：轉介 3：諮詢及轉介 4：無此問題
22	健康或生活型態問題	文字	1	☆	當序號17-21皆為0，本欄必為1 1：無左列健康或生活型態問題
23	愛丁堡憂鬱量表(個案自評)總分數	數字	2	△	單位：分 長度2(皆為整數) 88保留予未自評者。
24	愛丁堡憂鬱量表(個案自評)第10題分數	數字	1	△	單位：分 長度1(皆為整數) 8保留予未自評者。

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
25	是否轉介	文字	1	☆	如序號 23 大於等於 13 或序號 24 大於等於 1 則本欄必填 1：是　　2：否

附表三之一　健康署執行女性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修正規定

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），應有完成執業登記之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師。 二、如衛生所執業登記醫師非屬婦產科專科醫師或家庭醫學科專科醫師，須完成健康署核可之子宮頸癌篩檢採樣訓練者，或一百十一年後經婦產科、婦癌及家庭醫學科相關專業醫學會完成子宮頸癌篩檢採樣訓練者，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護理人員，得於社區巡迴服務時執行子宮頸抹片採樣。	一、特約醫事服務機構應有完成執業登記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專科醫師或家庭醫學科專科醫師，須完成健康署核可之子宮頸癌篩檢採樣訓練者，或一百十一年後經婦產科、婦癌及家庭醫學科相關專業醫學會完成子宮頸癌篩檢採樣訓練者，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、社區巡迴服務時，執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，得執行子宮頸抹片採樣。
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、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。

二、衛生局應將執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，有執行社區巡迴服務篩檢之名單，依格式上傳健康署指定系統。

三、子宮頸細胞病理診斷單位及檢驗人員之工作合理量規定如下：

(一)細胞檢驗技術人員

1. 合格之細胞檢驗技術人員，專責抹片細胞檢驗工作，每人每年之子宮頸抹片檢驗量上限為一萬件個案。
2. 合格之細胞檢驗技術人員，除抹片細胞檢驗工作外，尚兼有切片、非細胞相關之行政工作，每人每年子宮頸抹片檢驗量上限為五千件個案。
3. 特約醫事服務機構內之細胞檢驗技術人員如僅專責閱片，並向健康署申請細胞檢驗技術人員為「全職閱片」，經審查通過後，每人每年檢驗量上限為一萬二千件。
4. 細胞病理診斷單位同時從事子宮頸抹片和非婦科細胞抹片檢驗，其每名細胞檢驗技術人員每年之子宮頸抹片檢驗個案數加上一倍之非婦科細胞抹片檢驗個案數，

不得超過其年檢驗量之上限。

(二)每名合格醫師每年負責之最大工作量為子宮頸細胞抹片檢驗個案數加上前一年度二倍之非婦科細胞抹片檢驗個案數，上限為五萬件；醫師如兼有組織切片診斷或門診工作者，其每年之工作量計算，以五萬件個案數扣除前述之前一年度二倍之非婦科細胞抹片，及扣除前一年度三倍之實際執行組織切片診斷量，為其一年之細胞學工作量上限。

(三)細胞診斷醫師（非負責醫師）至其他單位兼職者，其上述(二)所訂工作量不計入兼職機構之工作量。

(四)細胞病理診斷單位之子宮頸細胞抹片年檢驗總量之上限，以醫師或醫檢師總量上限較少者為準。

(五)子宮頸細胞病理診斷單位因人員異動導致當年度之子宮頸抹片工作量有超量之虞時，以下調節機制可擇一因應之：

1. 子宮頸抹片檢驗外送，以符合單位閱片合理量規定。
2. 當年度切片量調節減少，醫師應以五萬件扣除當年度三倍之切片量，即扣前一年度二倍之非婦科抹片量為基準，由各單位自行計算調節後之子宮頸抹片工作合理量。

附表三之二　健康署女性子宮頸抹片檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額修正規定

（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
31	IC31	二十五歲至二十九歲每三年一次、三十歲以上每年一次（醫療院所）	1.子宮頸抹片採樣 2.骨盆腔檢查	330
35	IC35	二十五歲至二十九歲每三年一次、三十歲以上每年一次（助產所）	子宮頸抹片採樣	240
38	IC38	二十五歲至二十九歲每三年一次、三十歲以上每年一次(社區巡迴服務篩檢,執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員）	子宮頸抹片採樣	240
37	IC37	二十五歲至二十九歲每三年一次、三十歲以上每年一次（衛生所執業，執業登記非屬婦產科專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）	280
33	IC33	二十五歲至二十九歲每三年一次、三十歲以上每年一次	子宮頸細胞病理檢驗	300

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－出生年≧25」。

2、二十五歲至二十九歲篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年≧3」。

3、三十歲以上篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年≧1」。

二、 執行子宮頸細胞病理檢驗者，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，健保卡無須註記及上傳至健保署系統。

三、 個案具有「雙子宮頸」，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，並分別申報費用。

四、 個案符合女性人類乳突病毒檢測服務對象資格時，以一併執行為原則，具有「雙子宮頸」者，接受人類乳突病毒檢測時，僅能採檢申報 1 筆人類乳突病毒檢測費用。

五、 子宮頸抹片檢查服務之檢查結果為「難以判讀」時，得申報費用，並將結果上傳至本署指定系統；若醫療院所未依限上傳相關資料或屆期未補正完成者，不予核付費用；個案需重新採檢時，得由原醫事服務機構或其他醫事服務機構提供服務，完成服務後，亦得依規定申報該次費用。

六、 預防保健服務日係指抹片檢體取樣日期。

附表三之三　健康署女性子宮頸抹片檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存修正規定

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單一入口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。 三、二十五歲至二十九歲女性每三年一次，年齡條件定義為「25≦就醫年－出生年≦29」，篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年≧3」。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、辦理子宮頸抹片檢查服務者，應透過子宮頸細胞病理檢驗單位，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、雙子宮頸之雙側子宮頸應分別製作一份「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（附表三之四），並併同病歷保存，供健康署備查。

附表三之四修正規定

健康署女性子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

＊抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢

＊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 ⑥自費健康檢查

＊難判重做? ①是 ②否

時程代碼：___ ___

一、個人基本資料（檢查個案填寫）

＊2.姓名：_____

_____

＊3.出生日期：民國_____年_____月_____日

＊4.身分證統一編號或統一證號(外籍)：

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

＊5. 聯絡資訊

手機：

市話：(　　)

＊6.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

＊7.現居地址：(鄉鎮市區代碼：__ __ __ __)

縣　　鄉鎮　　村　　路

_____市_____市區_____里_____(街)_____段

_____巷_____弄_____號_____樓

二、個案臨床資料（檢查個案填寫）

8.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

9.已停經？（一年無月經）①是 ②否 ③不知道

10.最後一次月經日期：民國___年___月___日

11.現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道

＊12.子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道

＊13.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道

＊14.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

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。

本人同意接受檢查，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）

15.病歷號:_____＊雙子宮頸? ①是 ②否

＊16.抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日

＊17.抹片檢體取樣機構：名稱 _____

（代碼 10 碼）_____

＊18.抹片檢體取樣醫事人員簽名（或蓋章）:

_____

抹片檢體取樣人員身分別：

①婦產科醫師 ②家醫科專科醫師 ③助產人員 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師（非屬①②）

＊19.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務? ①否 ②是

＊20.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他

21.臨床所見（含骨盆腔檢查結果）: _____

三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）

＊22.抹片細胞病理編號：_____

＊23.抹片判讀機構：名稱_____

（代碼 10 碼）_____

＊24.抹片收到日期：民國_____年_____月_____日

＊25.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）

＊26.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工＋機械

＊27.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀

＊28.抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個）

①抹片固定或保存不良②細胞太少

③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份

⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑）

⑦過多細胞溶解或自溶⑧其他_____

＊29.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas ③Herpes ⑦Shift in flora（bacterial vaginosis） ⑧Actinomyces ⑥Others_____

＊30.細胞病理診斷（只可單選）: _____

NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY

Within normal limit ---------- ①

Reactive changes：Inflammation, repair, radiation, and others ---------- ②

Atrophy with inflammation ---------- ③

ATYPICAL SQUAMOUS CELLS

Atypical squamous cells（ASC-US） ---------- ④

Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ---------- ⑯

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 ---------- ⑤

Atypical glandular cells favor neoplasm ---------- ⑮

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ---------- ⑱

ADENOCARCINOMA ---------- ⑫

OTHER MALIGNANT NEOPLASM ---------- ⑬

OTHER ---------- ⑭

Dysplasia *cannot exclude* HSIL ---------- ⑰

31.子宮內膜細胞出現於 40 歲以上個案 ①是 ②否

32.建議：

①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查

②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查

③抹片結果異常，請再做進一步檢查

④其他建議_____

_____

＊檢驗者（請簽名及填寫代碼）

Cytotechnologist _____□□

_____

Cytopathologist _____□□

_____（___月___日）＊請輸入確診日期

＊為必填之項目

（116 年 1 月修訂）

第一聯：病理醫療機構回報採檢醫療機構聯

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

附表三之四修正規定

健康署女性子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

＊抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢

＊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 ⑥自費健康檢查

＊難判重做? ①是 ②否

時程代碼：___ ___

一、個人基本資料（檢查個案填寫）

＊2.姓名：_____

_____

＊3.出生日期：民國_____年_____月_____日

＊4.身分證統一編號或統一證號(外籍)：

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

＊5. 聯絡資訊

手機：

市話：(　　)

＊6.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

＊7.現居地址：(鄉鎮市區代碼：__ __ __ __)

縣　　鄉鎮　　村　　路

_____市_____市區_____里_____(街)_____段

_____巷_____弄_____號_____樓

二、個案臨床資料（檢查個案填寫）

8.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

9.已停經？（一年無月經）①是 ②否 ③不知道

10.最後一次月經日期：民國___年___月___日

11.現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道

＊12.子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道

＊13.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道

＊14.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

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。

本人同意接受檢查，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）

15.病歷號:_____＊雙子宮頸? ①是 ②否

＊16.抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日

＊17.抹片檢體取樣機構：名稱 _____

（代碼 10 碼）_____

＊18.抹片檢體取樣醫事人員簽名（或蓋章）:

_____

抹片檢體取樣人員身分別：

①婦產科醫師 ②家醫科專科醫師 ③助產人員 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師（非屬①②）

＊19.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務? ①否 ②是

＊20.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他

21.臨床所見（含骨盆腔檢查結果）:_____

三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）

＊22.抹片細胞病理編號：_____

＊23.抹片判讀機構：名稱_____

（代碼 10 碼）_____

＊24.抹片收到日期：民國_____年_____月_____日

＊25.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）

＊26.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工＋機械

＊27.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀

＊28.抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個）

①抹片固定或保存不良②細胞太少

③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份

⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑）

⑦過多細胞溶解或自溶⑧其他_____

＊29.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas ③Herpes ⑦Shift in flora（bacterial vaginosis） ⑧Actinomyces ⑥Others_____

＊30.細胞病理診斷（只可單選）:_____

NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY

Within normal limit ---------- ①

Reactive changes：Inflammation, repair, radiation, and others ---------- ②

Atrophy with inflammation ---------- ③

ATYPICAL SQUAMOUS CELLS

Atypical squamous cells（ASC-US） ---------- ④

Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ---------- ⑯

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 ---------- ⑤

Atypical glandular cells favor neoplasm ---------- ⑮

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ---------- ⑱

ADENOCARCINOMA ---------- ⑫

OTHER MALIGNANT NEOPLASM ---------- ⑬

OTHER ---------- ⑭

Dysplasia *cannot exclude* HSIL ---------- ⑰

31.子宮內膜細胞出現於 40 歲以上個案 ①是 ②否

32.建議：

①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查

②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查

③抹片結果異常，請再做進一步檢查

④其他建議_____

_____

＊檢驗者（請簽名及填寫代碼）

Cytotechnologist _____☐☐ _____

Cytopathologist _____☐☐ _____（___月___日）＊

＊為必填之項目

＊請輸入確診日期

（116 年 1 月修訂）

第二聯：病理醫療機構留存

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

附表三之四修正規定

健康署女性子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

＊抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢

＊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 ⑥自費健康檢查

＊難判重做? ①是 ②否

時程代碼：___ ___

一、個人基本資料（檢查個案填寫）

＊2.姓名：_____

_____

＊3.出生日期：民國_____年_____月_____日

＊4.身分證統一編號或統一證號(外籍)：

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

＊5. 聯絡資訊

手機：

市話：(　　)

＊6.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

＊7.現居地址：(鄉鎮市區代碼：__ __ __ __)

縣　　鄉鎮　　村　　路

_____市_____市區_____里_____(街)_____段

_____巷_____弄_____號_____樓

二、個案臨床資料（檢查個案填寫）

8.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

9.已停經？（一年無月經）①是 ②否 ③不知道

10.最後一次月經日期：民國___年___月___日

11.現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道

＊12.子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道

＊13.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道

＊14.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

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。

本人同意接受檢查，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）

15.病歷號:_____＊雙子宮頸? ①是 ②否

＊16.抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日

＊17.抹片檢體取樣機構：名稱 _____

（代碼 10 碼）_____

＊18.抹片檢體取樣醫事人員簽名（或蓋章）:

_____

抹片檢體取樣人員身分別：

①婦產科醫師 ②家醫科專科醫師 ③助產人員 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師（非屬①②）

＊19.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務? ①否 ②是

＊20.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他

21.臨床所見（含骨盆腔檢查結果）:_____

三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）

＊22.抹片細胞病理編號：_____

＊23.抹片判讀機構：名稱_____

（代碼 10 碼）_____

＊24.抹片收到日期：民國_____年_____月_____日

＊25.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）

＊26.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工＋機械

＊27.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀

＊28.抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個）

①抹片固定或保存不良②細胞太少

③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份

⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑）

⑦過多細胞溶解或自溶⑧其他_____

＊29.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas ③Herpes ⑦Shift in flora（bacterial vaginosis）⑧Actinomyces ⑥Others_____

＊30.細胞病理診斷（只可單選）:_____

NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY

Within normal limit ---------- ①

Reactive changes：Inflammation, repair, radiation, and others ---------- ②

Atrophy with inflammation ---------- ③

ATYPICAL SQUAMOUS CELLS

Atypical squamous cells（ASC-US） ---------- ④

Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ---------- ⑯

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 ---------- ⑤

Atypical glandular cells favor neoplasm ---------- ⑮

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ---------- ⑱

ADENOCARCINOMA ---------- ⑫

OTHER MALIGNANT NEOPLASM ---------- ⑬

OTHER ---------- ⑭

Dysplasia *cannot exclude* HSIL ---------- ⑰

31.子宮內膜細胞出現於 40 歲以上個案 ①是 ②否

32.建議：

①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查

②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查

③抹片結果異常，請再做進一步檢查

④其他建議_____

_____

＊檢驗者（請簽名及填寫代碼）

Cytotechnologist　　Cytopathologist

_____□□　　_____□□

_____　　_____（___月___日）＊

＊為必填之項目　　＊請輸入確診日期

（116 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/公務預算補助」

第三聯：病理醫療機構回報衛生所聯

附表三之五修正規定　　（116 年 1 月修訂）

健康署子宮頸（陰道）切片個案資料登記表

一、個人基本資料

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(外籍)：□□□□□□□□□□

二、個案臨床資料

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. 病理組織部位：(同筆切片可分子宮內頸及外頸：填 04、05）

□□ 組織部位 1	□□ 組織部位 2

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）
03 子宮內膜

11. 手術方式：

□□ 手術方式 1	□□ 手術方式 2

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
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

12. 子宮頸（陰道）病理組織切片結果（或診斷病名）：

□□ 切片結果 1	□□ 切片結果 2

00 Unremarkable cervical epithelium（no pathological change, no pathological diagnosis）
01 Benign epithelial lesion（Benign tumor, Inflammatory & reactive changes, myoma）
02 Mild dysplasia（Flat condyloma; 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：_____

附表四之一　健康署執行女性乳房 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修正規定

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
女性乳房 X 光攝影檢查服務	一、申請辦理乳房 X 光攝影檢查服務者，應為通過健康署資格審查之乳房 X 光攝影醫療機構。 二、經健康署認可辦理預防保健乳房 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、通過健康署乳房 X 光攝影醫療機構者，其辦理乳房 X 光攝影檢查服務人員所檢附資料文件，亦應通過健康署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。

其他應配合事項：

一、特約醫事服務機構申請乳房 X 光攝影檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意後始得執行，並依據健康署之「以乳房 X 光攝影篩檢巡迴車執行乳房 X 光攝影巡迴篩檢標準作業程序」辦理相關事項。

二、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。

三、特約辦理乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構，其年工作合理量之計算為該機構所有放射師（士）之在職天數（含例假日）/365 天*6,000 案之總和。

附表四之二　健康署女性乳房 X 光攝影檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額修正規定

（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	四十歲以上至七十四歲者，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：「40≦就醫年－出生年≦75」；

二、加強篩檢疑似異常個案追蹤：

特約辦理乳房 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減所檢核年度之篩檢費用：

（一）計算方式

二個月內篩檢疑似異常個案追蹤完成率	所檢核年度之總補助篩檢金額
70% ≦追蹤完成率＜ 75%	**- 5%**
65% ≦追蹤完成率＜ 70%	**- 10%**
60% ≦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，計算期間為所檢核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，分開計算院內非乳攝車及乳攝車之篩檢疑似異常個案追蹤完成率。

三、預防保健服務日係指攝影日期。

附表四之三　健康署女性乳房 X 光攝影檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存修正規定

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單一入口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。 三、特約醫事服務機構如於社區辦理乳房 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，及填具健康署乳房 X 光攝影巡迴篩檢評估表（如附表四之七），並留存於病歷中備查。
表單填寫與保存	辦理乳房 X 光攝影檢查服務者，應將「健康署女性乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表四之四）、「健康署女性乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表」（如附表四之五）、「健康署女性乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表」（如附表四之六）詳實記載，並登錄上傳至健康署指定之系統。另執行本注意事項之大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務有需求者，「健康署女性乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表」（如附表四之六）之追蹤結果則由負責複檢之醫療院所、負責確診或治療之醫療院所上傳至健康署指定之系統。

健康署女性乳房 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（檢查個案填寫）

姓名		**身分證統一編號或統一證號（外籍）**	
出生日期	民國　　年　　月　　日	**聯絡資訊**	手機： 市話：(　)
現居地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣　市鄉　區鎮　村里　路街　段　巷弄　號　樓		
教育	□無；□小學；□國（初）中；□高中(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（檢查個案填寫）

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：

血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母
罹患乳癌人數					
確診時年齡（同類型血緣關係填列確診年齡之最小值）					

□無。

月經史

初經年齡_____歲（實歲）；□其他，無法填寫初經年齡原因：_____
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. 本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、或政策評估等目的使用。受檢者同意受檢及資料利用。

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。**

受檢個案簽名：_____

<table>
<tr><th colspan="6">乳房 X 光攝影檢查結果（攝影醫院填寫）</th></tr>
<tr><td>醫院名稱</td><td colspan="2"></td><td>醫事機構代碼</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>攝影日期</td><td colspan="5">民國　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>攝影儀機型</td><td colspan="5">☐ 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）。</td></tr>
<tr><td>乳房觸診檢查</td><td colspan="5">☐ 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。
</td></tr>
<tr><td>乳腺組成</td><td colspan="5">☐ Fatty breast；☐ Scattered fibroglandular density；☐ Heterogeneously dense；
☐ Extremely dense。</td></tr>
<tr><td>與舊片比較</td><td colspan="5">☐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。</td></tr>
<tr><td>攝影判讀日期</td><td colspan="5">民國　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>攝影檢查結果</td><td colspan="5">※ 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.）</td></tr>
<tr><td>放射科醫師</td><td colspan="2"></td><td>醫事放射師</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

(116 年 1 月修訂)

附表四之五修正規定　　本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

健康署女性乳房 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		身分證統一編號或 統一證號（外籍）	
出生日期	民國　年　月　日	攝影日期	民國　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:**

(116 年 1 月修訂)

健康署女性乳房 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		**身分證統一編號或統一證號（外籍）**	
出生日期	民國　年　月　日	**聯絡資訊**	手機： 市話：(　)
現居地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣　市鄉　村　路　段　巷　號 市　區鎮　里　街　弄　樓		
乳房 X 光攝影檢查結果（攝影醫院填寫）			
醫院名稱		**醫事機構代碼**	
攝影日期	民國　年　月　日	**攝影判讀日期**	民國　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鍵入資料，另執行本注意事項之大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務有需求者，則由負責複檢、負責確診或治療之醫療院所鍵入資料）

乳房 X 光攝影檢查結果為（Category 0、3）之複檢結果（如有上述需求者，則由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	民國　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； □乳房超音波檢查； □乳房磁振造影檢查； □其他複檢方式：　。	該項複檢方式檢查結果為： □（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）。 □（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（如有上述需求者，則由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	民國　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；□鈎針定位；□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）。	

確定診斷為乳癌之後續手術或治療情形(由攝影醫院、手術或治療醫院負責追蹤結果及鍵入資料)

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 民國＿＿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）**	**分級（Grade）**	
		□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：民國＿＿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。

健康署女性乳房 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		**身分證統一編號或統一證號（外籍）**	
出生日期	民國　年　月　日	**聯絡資訊**	手機： 市話：(　)
現居地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣　市鄉　村　路　段　巷　號 市　區鎮　里　街　弄　樓		
乳房 X 光攝影檢查結果（攝影醫院填寫）			
醫院名稱		**醫事機構代碼**	
攝影日期	民國　年　月　日	**攝影判讀日期**	民國　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鍵入資料，另執行本注意事項之大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務有需求者，則由負責複檢、負責確診或治療之醫療院所鍵入資料）

乳房 X 光攝影檢查結果為（Category 0、3）之複檢結果（如有上述需求者，則由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	民國　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； □乳房超音波檢查； □乳房磁振造影檢查； □其他複檢方式：　。	該項複檢方式檢查結果為： □（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）。 □（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（如有上述需求者，則由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	民國　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；□鈎針定位；□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）。	

確定診斷為乳癌之後續手術或治療情形(由攝影醫院、手術或治療醫院負責追蹤結果及鍵入資料)			
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　民國_____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）**	**分級（Grade）**	
		□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：民國_____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。

健康署女性乳房 X 光攝影巡迴篩檢評估表

（請併同乳房 X 光攝影檢查相關表單保存）

個人基本資料（檢查個案填寫）												
姓名		身份證統一編號或 統一證號（外籍）										

乳房 X 光攝影檢查前評估注意項目		是	否
1	懷孕、無法排除有可能懷孕或近期計畫懷孕		
2	正在哺乳		
3	乳房動過手術或隆乳		
4	自述乳房有摸到硬塊、疼痛、壓痛、或其他任何異常		
5	身體不適，無法久站		
6	頸椎受傷或曾經開刀		
7	肩膀有「五十肩」或曾經受傷或手術後，手無法抬高者		
8	本身為容易瘀青體質者		
9	有巴金森氏症		
10	有胸骨塌陷或胸廓曾經開刀		
11	其他須告知事項（如身上有植入物、導管、心律調節器）		

受檢者簽名：_____

評估結果（放射人員填寫）

1. **乳房 X 光攝影評估項目若一至二任一項勾選『是』: 不提供檢查，建議轉赴醫院評估。**
2. **乳房 X 光攝影評估項目若三至十一任一項勾選『是』: 經醫事放射師（士）評估後，可執行檢查，請放射師注意其安全性，切勿造成二次傷害；若不能檢查則建議轉赴醫院受檢評估。**

註：考量自述乳房有摸到硬塊、疼痛、壓痛、或其他任何異常之個案，有極少數可能為異常的組織，為避免錯失早期發現之機會，建議應儘可能當場提供檢查，並告知個案須持檢查結果赴醫院就診。

3. **乳房 X 光攝影放射師（士）評估結果：**
   - □**可當場接受乳房 X 光攝影檢查**
   - □**不適合當場接受乳房 X 光攝影檢查，建議至醫院評估和檢查**

乳房 X 光攝影放射師（士）簽名：_____

日期：民國_____年 _____月 _____日

附表五之一　健康署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規定

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、經健康署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。	全民健康保險特約醫院、診所執業之醫事人員。

其他應配合事項：

一、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。

二、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。

附表五之四修正規定　　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／公務預算補助」

第一聯：存檢查醫療機構

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：□❶預防保健；□❸健保醫療給付；□❹其他公務預算補助；□❺自費健康檢查；□❾其他。

篩檢地點：□❶社區或職場設站篩檢；□❷門診；□❸住院；❹□郵寄；□❺其他。

個人基本資料

姓名：　　出生日期：民國　　年　　月　　日

身分證統一編號或統一證號（外籍）　□□□□□□□□□□

聯絡資訊 手機：

市話：(　　)

現居地址：(鄉鎮市區代碼：□□□)

縣	市鄉	村	路	段	巷	號
市	區鎮	里	街		弄	樓

教育:□❶無；□❷小學；□❸國（初）中；□❹高中（職)；□❺專科、大學；□❻研究所以上；□❼拒答

家族病史及吸菸習慣

1.吸菸史：□無；□有(含已戒菸)，開始吸菸年齡：_____歲。

2.請問與您有血緣的父母、兄弟姐妹或子女或其他親屬有無得過大腸直腸癌？□❶無；□❷有；□❸不知道。

3.請問與您有血緣的父母、兄弟姐妹或子女或其他親屬有無得過其他癌症？□❶無；□❷有；□❸不知道。

以上如有任一項填寫"有"，請繼續填寫附表五之六。

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□❶無；□❷有。

*本人同意接受糞便潛血檢查，本表資料將作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用

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：民國　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：民國　　年　　月　　日。

3.檢驗結果：□❶陰性 □❷陽性，數值：　　。

4.定量試劑商品名稱：□❶Eiken，□❷其他　　，□❸ Kyowa（HM-JACKarc)。

個案確診結果

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？ □❶沒有；□❷有。

2.沒有接受確診理由為：□❶無法聯繫，□❷出國，□❸搬家，□❹死亡，□❺拒做，□❻其他。

3.確診醫療院所名稱及代碼：　　，確診日期：民國　　年　　月　　日。

4.檢查方法：□❶大腸鏡，□❾其他　　。

5.診斷：□❶正常，□❷痔瘡，□❸潰瘍性大腸炎，□❹息肉，□❺大腸癌，□❾其他　　。

*如有息肉，息肉有無切除：□❶未切除 □❷已完全切除 □❸未完全切除。

（116 年 1 月修訂）

附表五之四修正規定　　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/公務預算補助」

第二聯：存確診及治療醫院

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：□❶預防保健；□❸健保醫療給付；□❹其他公務預算補助；□❺自費健康檢查；□❾其他。

篩檢地點：□❶社區或職場設站篩檢；□❷門診；□❸住院；❹□郵寄；□❺其他。

個人基本資料

姓名：　　出生日期：民國　　年　　月　　日

身分證統一編號或統一證號（外籍）□□□□□□□□□□

聯絡資訊 手機：

市話：(　　)

現居地址：(鄉鎮市區代碼：□□□□)

縣　市鄉　村　路　段　巷　號

市　區鎮　里　街　弄　樓

教育: □❶無；□❷小學；□❸國（初）中；□❹高中（職)；□❺專科、大學；□❻研究所以上；□❼拒答

家族病史及吸菸習慣

1.吸菸史：□無；□有(含已戒菸)，開始吸菸年齡：_____歲。

2.請問與您有血緣的父母、兄弟姐妹或子女或其他親屬有無得過大腸直腸癌？□❼無；□❶有；□❷不知道。

3.請問與您有血緣的父母、兄弟姐妹或子女或其他親屬有無得過其他癌症？□❼無；□❶有；□❷不知道。

以上如有任一項填寫"有"，請繼續填寫附表五之六。

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□❼無；□❶有。

*本人同意接受糞便潛血檢查，本表資料將作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用

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：民國　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：民國　　年　　月　　日。
3. 檢驗結果：□❼陰性 □❶陽性，數值：　　。
4. 定量試劑商品名稱：□❼Eiken，□❷其他　　，□❸ Kyowa（HM-JACKarc)。

個案確診結果

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？ □❼沒有；□❶有。
2. 沒有接受確診理由為：□❶無法聯繫，□❷出國，□❸搬家，□❹死亡，□❺拒做，□❻其他　　。
3. 確診醫療院所名稱及代碼：　　，確診日期：民國　　年　　月　　日。
4. 檢查方法：□❶大腸鏡，□❾其他　　。
5. 診斷：□❼正常，□❶痔瘡，□❷潰瘍性大腸炎，□❸息肉，□❹大腸癌，□❾其他　　。

*如有息肉，息肉有無切除：□❶未切除 □❷已完全切除 □❸未完全切除。

（116 年 1 月修訂）

附表五之五修正規定　　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/公務預算補助」

健康署四十歲至四十四歲且其父親、母親、兄弟姐妹或子女曾患有大腸癌之定量免疫法糞便潛血檢查服務聲明書

立聲明書人　　（以下簡稱本人），因為　　之原因，故無法出具一親等以內血親曾患有大腸癌之診斷證明與其親屬關係相關文件，茲證明我的 □父親，□母親，□兄弟姐妹，□子女 曾患有大腸癌，該名親屬姓名為　　，身分證統一編號（死亡者免填）：　　，本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名：　　（簽章）

身分證統一編號或統一證號(外籍)：

通訊地址：

聯絡電話：

中　華　民　國　　年　　月　　日

備註：本資料請醫療院所留存於病歷中。

附表五之六修正規定　　（116 年 1 月修訂）

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/公務預算補助」

健康署大腸癌篩檢家族史及吸菸習慣資料表

本人　　（簽名） 身分證字號：

□同意 □不同意，進行以下大腸癌篩檢之家族史及吸菸習慣問卷填答，供後續相關政策評估。

一、吸菸習慣：

□已戒菸，戒菸年齡：_____歲

□吸10年以下，每天少於20支；

□吸10年以下，每天20支或以上；

□吸超過10年，每天少於20支；

□吸超過10年，每天20支或以上。

二、家族病史：

1.若您有血緣的父母、兄弟姐妹、子女或其他親屬有得過大腸直腸癌，請填寫以下表格:

血緣關係	父親	母親	子女			兄弟/姊妹			其他父系親屬*			其他母系親屬*		
罹癌人數														
罹癌年紀														

2.若您有血緣的父母、兄弟姐妹、子女或其他親屬有得過大腸癌以外的其他癌症，請填寫以下表格:

血緣關係	父親	母親	子女			兄弟/姊妹			其他父系親屬*			其他母系親屬*		
癌別														
罹癌人數														
罹癌年紀														

*其他父系親屬：僅含曾祖父母、祖父母、伯、叔、姑、姪男(女)、孫子(女)

*其他母系親屬：僅含外曾祖父母、外祖父母、舅父、姨母、外甥(女)、外孫子(女)

**若罹癌人數超過3位，罹癌年齡自最小年齡起算3位

訪問人員簽名(醫療院所)：　　日期：　　年　　月　　日

備註：大腸癌篩檢家族史及吸菸習慣資料表，請視同病歷資料留存院所備查。

附表六之一 健康署執行成人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規定

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
成人預防保健服務	一、申請辦理成人預防保健服務者： （一）應有登記執業之家庭醫學科或內科專科，或通過健康署指定相關教育訓練之其他科別專科醫師。 （二）應備有相關檢驗設備，且其醫事檢驗作業需符合醫事檢驗相關規定；未具檢驗設備者，應委託其他之特約醫事服務機構代為檢驗。 （三）應具備近三年內通過檢驗項目能力試驗之證明文件或財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation，TAF)或美國病理學會(College of American Pathologists，CAP)之認證證明文件。近三年內未通過B、C型肝炎能力試驗者，應委託通過B、C型肝炎能力試驗之特約醫事服務機構代為檢驗。檢驗項目能力證明之說明表，詳如下方「其他應配合事項」第五點。 （四）成人預防保健服務第一階段檢驗檢查服務，除特約醫院、診所提供外，亦可由符合受檢資格之服務對象，選擇由特約醫事檢驗機構依雙軌作業方式辦理。特約醫事檢驗機構依此方式提供服務對象第一階段檢驗檢查服務，應先向健保署提出成人預防保健服務項目之申請。 （五）成人預防保健服務第一階段檢驗費用倘委由醫事檢驗機構申報者，診所及檢驗所雙方須明定申報方對於檢驗(查)結果檔上傳、補正及申復權責，若申報方未依規定上傳補正或非申報方亦申報時，健康署將予以核扣申報方。 二、機構應取得並保存近三年內通過檢驗項目能力試驗之證明文件或財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會(CAP)之認證證明文件。未符合前開資格者，不予核付費用。 三、各醫事檢驗機構需至本署「成人預防保健服務暨慢性疾病防治資訊平台」申請成人預防保健服務「醫事檢驗機構服務	1. 家庭醫學科、內科專科或通過健康署指定相關教育訓練之其他科別專科醫師，執行期間為三年，於接受繼續教育訓練後，始得展延執行資格期間。（一百十三年底取得執行資格者，其執行資格期間至一百十六年十二月三十一日，須於資格有效期間內取得繼續教育訓練時數，始得展延執行資格期間） 2. 自一百十一年三月一日起單獨提供B、C型肝炎檢查時，成人預防保健服特約醫事服務機構之所有專科醫師皆可執行，不受前述限制，前述專科醫師係依「專科醫師分科及甄審辦法」第三條醫師之專科分科辦理。但健康署仍得依執行情形限制或停止之。

	資格管理」系統功能，進行相關開業、變更、停歇業、復業之資訊登錄，並上傳及更新近三年內通過檢驗項目能力試驗之證明文件或財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會(CAP)之認證證明文件相關資訊。	

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經費補助」。

二、特約醫事檢驗機構依雙軌作業方式直接提供服務對象第一階段服務後，為提高服務對象完成第二階段服務，應依下列規定辦理：

（一）辦理第一階段檢驗檢查服務後，由服務對象告知選擇執行第二階段服務之特約醫事服務機構，並註明於成人預防保健服務檢查紀錄結果表單。

（二）向服務對象說明第一階段檢驗檢查結果報告會於二週內，逕寄至其選定之特約醫事服務機構，請其同意直接至該特約醫事服務機構索取報告並接受第二階段服務（請服務對象填具聲明書如附表六之五）。

（三）特約醫事服務機構收到前述特約醫事檢驗機構第一階段檢驗檢查結果報告後，應主動聯繫服務對象接受第二階段服務並於該次服務紀錄表簽名。

三、特約醫事服務機構申請辦理成人預防保健社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意，並由當地衛生局將篩檢項目、場次數量或其他相關資訊送健康署，並於實際辦理服務前，向健保署報備服務之時間、地點及配合醫療院所後辦理，且於服務結束後如實申報相關資料。

四、特約醫事服務機構經當地衛生局許可及健保署同意後，指派醫師及必要之醫事人員至立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家，提供健保一般門診診療服務時，經醫師專業判斷，無下列情形之一者，得提供成人預防保健服務：

（一）三十歲以上未滿四十歲且過去五年內曾至少接受血壓、血糖、血膽固醇及三酸甘油脂四項與成人預防保健服務近乎相同之檢查項目。

（二）四十歲以上未滿六十五歲且過去三年內曾至少接受血壓、血糖、血膽固醇及三酸甘油脂四項與成人預防保健服務近乎相同之檢查項目。

（三）六十五歲以上或五十五歲以上原住民，過去一年內曾至少接受血壓、血糖、血膽固醇及三酸甘油脂四項與成人預防保健服務近乎相同之檢查項目。

（四）經診斷患有糖尿病、中風及心臟病之病人。

五、特約醫事服務機構申請辦理成人預防保健服務，需具備檢驗項目能力試驗證明之說明表：

檢驗項目	Creatinine（血清肌酸酐）、Glucose（血糖）、Total cholesterol（總膽固醇）、Triglyceride（三酸甘油脂）、HDL（高密度脂蛋白膽固醇）、GOT、GPT、B 型肝炎表面抗原（HBsAg）、C 型肝炎抗體（Anti-HCV）、尿酸、尿蛋白檢查。
檢驗能力證明(擇一即符合)	一、能力試驗證明文件出具單位為財團法人全國認證基金會 TAF）或相當等級單位認證之能力試驗執行機構。 二、認證證明文件出具單位為財團法人全國認證基金會（TAF）或美國病理學會（CAP）。
檢驗能力證明文件通過年份	（申請年份－文件年份）≦3

附表六之二 健康署成人預防保健服務對象、時程、服務內容及補助金額修正規定

（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	備註
3D	IC3D	三十歲以上未滿四十歲者，每五年補助一次	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、長期服藥及健康行為。 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、尿酸。 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。	440	
3E	IC3D		第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與慢性疾病風險評估建議。 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、腎病識能衛教指導。	440	
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、長期服藥及健康行為。 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、尿酸。 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。	440	
23	IC21		第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與慢性疾病風險評估建議。 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、腎病識能衛教導。	440	

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、長期服藥及健康行為。 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、尿酸。 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。	440	
24	IC22		第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與慢性疾病風險評估建議。 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、腎病識能衛教指導。	440	
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、長期服藥及健康行為。 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、尿酸。 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。	440	
26	IC23		第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與慢性疾病風險評估建議。 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、腎病識能衛教指導。	440	
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、長期服藥及健康行為。 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、尿酸。 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。	440	

28	IC24		第二階段	一、第一階段之檢驗結果判讀與慢性疾病風險評估建議。 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、腎病識能衛教指導。	440	
L1001C （自一百十三年一月一日生效）	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）或同等級以上之方法。】，與一百年八月一日開始實施之B、C型肝炎篩檢相同，惟年齡範圍擴大，仍限終身補助一次。 【醫令代碼L1001C或L1002C擇一，終身一次】		370	二者擇一，終身一次
L1002C （自一百十四年七月一日生效）	IC3D IC21 IC23 IC29	七十五年以前出生且未滿四十五歲者，終身補助一次。 身分別為原住民七十五年以前出生且未滿四十歲者，終身補助一次。	一、擴大B、C型肝炎擴大篩檢年齡，提供七十五年以前出生者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）或同等級以上之方法。】。 二、檢查內容與一百年八月一日開始實施之B、C型肝炎篩檢相同，惟年齡範圍擴大，仍限終身補助一次。 【醫令代碼L1001C或L1002C擇一，終身一次】		370	

	備註： 一、成人預防保健服務代碼（21至28）之服務項目，自一百年八月一日開始實施。三十歲至未滿四十歲服務代碼（3D至3E）之服務項目，自一百十四年一月一日開始實施。 二、符合下列年齡條件者，終身補助一次B、C型肝炎篩檢： (一)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，並自一百零九年九月二十八日開始實施。 (二)七十五年以前出生且未滿四十五歲者及身分別為原住民七十五年以前出生且未滿四十歲者，終身補助一次B、C型肝炎篩檢，並自一百十四年七月一日開始實施。 (三)上述(一)、(二)條件應擇一終身補助一次。 (四)如已符合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年齡條件，應以醫令代碼L1001C辦理。 三、B、C型肝炎篩檢應配合如下： (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或L1002C)，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：未滿四十歲請填「IC3D」(為七十五年出生者，至一百十五年一月一日起即無符合此身分者)、四十歲至六十四歲及四十歲至五十四歲原住民者請填「IC21」、六十五歲至七十九歲(含原住民)者請填「IC22」、罹患小兒麻痺者請填「IC23」、五十五歲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3D/21/22/25/27及代碼L1001C或L1002C)。 四、特約醫事服務機構辦理成人預防保健服務，其二階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。 五、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(代碼E)。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。 六、視力包括左、右眼裸眼及左、右眼矯正視力。 七、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。 八、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或3D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3D：30≦就醫年-出生年≦39；當次就醫年-前次就醫年≧5 （十二）醫令代碼3E：第一階段醫令代碼3D需符合篩檢條件；當次就醫年-前次就醫年≧4 （十三）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(醫令代碼L1001C或L1002C擇一) （十四）醫令代碼L1002C：一般民眾(含罹患小兒麻痺者)為七十五年以前出生且就醫年-出生年<45，原住民為七十五年以前出生且就醫年-出生年<40，終身補助一次。如已符合醫令代碼L1001C年齡條件者，請使用醫令代碼L1001C。 （十五）0≦「23」執行年月－「21/3D」執行年月≦3 (3D：限第一階段就醫年-出生年=39，第二階段就醫年-出生年=40) （十六）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) （十七）0≦「26」執行年月－「25」執行年月≦3 （十八）0≦「28」執行年月－「27」執行年月≦3 （十九）0≦「3E」執行年月－「3D」執行年月≦3 九、特約醫事服務機構及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-核醣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。 十、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」。

附表六之三 健康署成人預防保健服務對象資格查核、表單填寫與保存修正規定

類別	內容
服務對象資格查核	一、 提供服務前，應先以服務對象之健保卡至健康署指定之平臺查證，確認服務對象符合成人預防保健服務注意事項之補助資格，始得提供服務。如查有重複提供服務或不符服務資格且可歸責於特約醫事服務機構者，本部得不予核付費用。 二、 服務時，須查核成人預防保健服務資格註記管道；提供下列查詢應用程式介面系統進行查詢 (一)健康署「醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統」 https://pportal.hpa.gov.tw/Web/Notice.aspx (二)健康署「成人預防保健及 B、C 型肝炎篩檢資格查詢 API」 https://reurl.cc/yAM4xy (三)健保醫療資訊雲端查詢系統連結 https://medcloud2.nhi.gov.tw/imu/IMUE1000/，或由健保署「健保資訊網服務系統(VPN)」點選「健保醫療資訊雲端查詢系統(單一入口)」進入 三、身分別為原住民之補助，服務對象須出示戶口名簿，提供特約醫事服務機構驗證；特約醫事服務機構驗證後須於病歷上登載「原住民」身分別備查。 四、特約醫事服務機構辦理成人預防保健服務，如服務對象前一年度已為品質改善試辦(P4P)計畫內之糖尿病(DM)、初期腎病(CKD)及糖腎共照 (DKD)計畫等收案管理之個案，不提供服務。配合健保資料取得期間，費用年月當年五月一日起至隔年四月三十日止之申報案件，如經查核服務對象於接受服務前已有前述紀錄，本部不予核付費用。（如、一百一十六年五月一日至一百一十七年四月三十日間欲接受服務者，其一百一十五年一月一日至十二月三十一日期間曾為 P4P 計畫內之 DM、CKD 及 DKD 計畫等收案管理之個案，則不提供服務。）醫事服務機構有異議時，得提起申復。
表單填寫與保存	一、提供成人預防保健服務當日應於健保卡登錄當次檢查項目代碼、就醫序號或其他相關資訊，健保卡登錄說明如下： (一)就醫類別：請填「AC：預防保健」。 (二)就診日期時間：由讀卡機提供。 (三)保健服務項目註記：請填「02：成人預防保健服務」。 (四)檢查項目代碼：請依不同補助對象對應之代碼（21至28及3D、3E）填列；如提供 B、C 肝炎檢查服務時請依下列方式填列： 1. 併同成人預防保健第一階段提供服務時，依不同對象：未滿四十歲者請填「3D」、四十至六十四歲者請填「21」、六十五至七十九歲者請填「22」、罹患小兒麻痺者請填「25」、身分別為原住民者請填「27」。 2. 單獨提供 B、C 型肝炎篩檢請填「29」。 (五)醫令類別：請填「3：診療」。 (六)診療項目代號：參考附表六之二醫令代碼。併同成人預防保健第一階段提供 B、C 肝炎檢查時，請分別填成人預防保健醫令代碼(3D、21、22、25、27)及「L1001C」或「L1002C」；如單獨提供 B、C 型肝炎檢查請填醫令代碼「L1001C」或「L1002C」。 二、辦理成人預防保健服務者，應於「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」（如附表六之四）詳實記載各項資料，並將檢查結果登錄上傳至健康署指定之系統，且提供服務當日即於健保卡登錄或上傳當次檢查項目代碼、就醫序號、診治醫事人員代號及相關資料。(檢查結果電子檔申報格式如附表六之六)。

附表七之一　健康署執行女性人類乳突病毒檢測服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格修正規定

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
女性人類乳突病毒檢測	一、特約醫事服務機構如為醫療院所（含衛生所），應有完成執業登記之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師。 二、如衛生所執業登記醫師非屬婦產科專科醫師或家庭醫學科專科醫師，須完成健康署核可之子宮頸癌篩檢採樣訓練者，或一百十一年後經婦產科、婦癌及家庭醫學科相關專業醫學會完成子宮頸癌篩檢採樣訓練者，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護理人員，得於社區巡迴服務時執行人類乳突病毒檢測採樣。 五、檢測實驗室應取得財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會(CAP)或台灣病理學會之分子病理實驗室之認證證明文件，並經健康署核可。	一、特約醫事服務機構應有完成執業登記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專科醫師或或家庭醫學科專科醫師，須完成健康署核可之子宮頸癌篩檢採樣訓練者，或一百十一年後經婦產科、婦癌及家庭醫學科相關專業醫學會完成子宮頸癌篩檢採樣訓練者，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、社區巡迴服務時，執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，得執行採檢。

其他應配合事項：

一、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。

二、衛生局應每月將執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，有執行社區巡迴服務檢測之名單，依格式上傳健康署指定系統。

三、特約醫事服務機構採集檢體後，送交檢測實驗室完成檢驗，檢測實驗室需將結果資料回饋予提供服務之特約醫事服務機構，由提供服務之特約醫事服務機構登錄上傳至健康署指定系統。

四、檢體之運送需符合檢測平臺之仿單規定，且送檢及受檢單位皆須有紀錄載明簽收情況。

附表七之二　健康署女性人類乳突病毒檢測服務對象、時程、服務內容及補助金額修正規定

（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
3A	IC3A	三十五歲者，當年一次	人類乳突病毒檢測	1,400
3B	IC3B	四十五歲者，當年一次		
3C	IC3C	六十五歲者，當年一次		

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）年齡以「年份」做檢核條件：條件定義為「35≦就醫年－出生年≦36 」、「45≦就醫年－出生年≦46」或「65≦就醫年－出生年≦66」。

二、 具有「雙子宮頸」者，接受人類乳突病毒檢測，僅能採檢申報 1 筆費用。

三、 符合子宮頸抹片檢查對象資格者以一併執行為原則，若子宮頸抹片檢查結果難判重做時，無須再重新執行人類乳突病毒檢測。

四、 HPV 檢測工具規格：通過本部醫療器材許可證核准之第三等級醫療器材檢測試劑，並可一次檢驗分出至少 HPV 16 型、18 型。

五、 篩檢疑似異常個案應於自人類乳突病毒檢測日起 90 個日曆天內，依流程完成後續確診處置。

六、 人類乳突病毒檢測服務之檢查結果為「無法判讀」時，得申報費用，並將結果上傳至本署指定系統；若醫療院所未依限上傳相關資料或屆期未補正完成者，不予核付費用；個案需重新採檢時，得由原醫事服務機構或其他醫事服務機構提供服務，完成服務後，亦得依規定申報該次費用。

七、 預防保健服務日係指採檢體日期。

附表七之三　健康署女性人類乳突病毒檢測服務對象資格查核、表單填寫與保存修正規定

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單一入口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人類乳突病毒檢測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。
表單填寫與保存	辦理人類乳突病毒檢測服務者，應將「健康署女性人類乳突病毒檢查紀錄結果表單」（如附表七之四）詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統。

附表七之四修正規定

健康署女性人類乳突病毒檢測服務檢查紀錄結果表單

＊抹片車或社區巡迴服務：
①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務
＊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 ⑥自費健康檢查
＊無法判讀重做？①是 ②否
時程代碼：___ ___

一、個人基本資料（檢查個案填寫）

＊2.姓名：_____
_____
＊3.出生日期：民國_____年_____月_____日
＊4.身分證統一編號或統一證號(外籍)：
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
＊5.聯絡資訊
手機：
市話：(　　)
＊6.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
＊7.現居地址：(鄉鎮市區代碼：__ __ __ __)
縣　　鄉鎮　　村　　路
_____市_____市區_____里_____(街)_____段
_____巷_____弄_____號_____樓

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。

本人同意接受檢查，確認以上資料正確無誤：

_____（簽名）

二、個案臨床資料（檢查個案填寫）

8.最近一年使用口服避孕藥達6個月以上
①無 ②有 ③不知道/拒答
9.最近一年因更年期症狀使用荷爾蒙補充療法達6個月以上 ①無 ②有 ③不知道/拒答
10.請問您是否使用免疫抑制劑藥物(如類固醇、抗移植排斥藥物等) ①無 ②有 ③不知道/拒答
11.最近一年性行為時曾經使用保險套 ①無 ②有 ③最近一年無性行為 ④不知道/拒答
12.最近一年平均每個月陰道灌洗頻率
①從未灌洗 ②不到1次 ③1次 ④2-4次
⑤至少5次 ⑥不知道/拒答
13.最近一年吸菸習慣(持續吸菸6個月以上)
①無 ②已戒菸6個月以上 ③有吸菸
14.請問您接種的HPV疫苗是 ①未接種 ②保蓓(2價) ③嘉喜(4價) ④嘉喜(9價) ⑤不記得
15.最近一次HPV檢測時間 ①1年內 ②1-2年內 ③2-3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
16.最近一次HPV檢測結果 ①未感染 ②有感染 ③不知道 ④從未檢查過

三、採檢資料（採檢醫療機構填寫）

＊17.採檢醫療機構：_____(機構代碼)
＊18.採檢體日期：民國_____年_____月_____日
＊19.檢體取樣醫事人員簽名（或蓋章）：
_____
檢體取樣醫事人員身分別：
①婦產科醫師 ②家醫科專科醫師
③助產人員 ④衛生所護理人員
⑤衛生所醫師(非屬①②)
＊20.本次是否同時進行抹片檢查：①否 ②是
21.做HPV檢查目的：①篩檢 ②追蹤 ③其他

四、檢驗資料（檢驗單位填寫）

＊22.檢驗實驗室：_____(機構代碼)
＊23.檢體編號：_____
＊24.檢體收到日期：民國_____年_____月_____日
＊25.發報告日期：民國_____年_____月_____日
＊26.檢驗試劑
① Abbott RealTime HPV test
② BD Onclarity HPV Assay
③ Roche Cobas HPV test
④ CapitalBio HPV Genotyping Kit
⑤ DR. HPV Genotyping IVD kit
⑥ EASY CHIP HPV Blot
⑧ Xpert HPV
⑨ Alinity m HR HPV
⑫ Aptima HPV 16 18/45 Genotype Assay
⑨⑨ Other：_____
＊27.檢驗結果
①可判讀
1.High-risk HPV
⓪陰性
①陽性 □16 □18 □31 □33 □35 □39 □45 □51 □52 □56 □58 □59 □66 □68 □18/45
□非16、18之不分型
□非16、18/45之不分型
2.Low-risk HPV
⓪陰性
①陽性 □6 □11 □40 □42 □43 □44 □54 □61 □70 □72 □82
□不分型
②未檢測
3.其他型別
⓪陰性
①陽性(請填型別)：____、____、____
____、____、____
②未檢測
②無法判讀

＊檢驗者簽名（或蓋章）

_____

(116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/公務預算補助」

附表八之一 健康署執行「胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務」之特約醫事服務機構資格及執行人員資格修正規定

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務	申請辦理胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務者，應為全民健康保險特約醫院、診所，其檢體應送至取得醫事檢驗機構開業執照／醫事服務機構開業執照（含檢驗單位）之檢驗機構檢驗。	全民健康保險特約醫院、診所執業之醫事人員。

其他應配合事項：

一、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。

二、辦理「胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測」之醫事機構，其檢體如委託其他檢驗醫事機構代檢者，應與其簽具保密切結書，以維護篩檢個案隱私。

附表八之二 健康署執行「胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務」對象、時程、服務內容及補助金額修正規定

（單位：新臺幣元）

<table>
<tr><th>醫令代碼</th><th>就醫序號</th><th>服務對象及時程</th><th>服務內容</th><th>補助金額</th></tr>
<tr><td>3F</td><td>IC3F</td><td>四十五歲至七十四歲者，終身一次</td><td>一、提供民眾含保存液之採檢管、衛教單張、衛教諮詢、洽催採檢管繳送、設置回收點、運送、檢驗結果通知、陽性個案檢驗報告寄送暨追蹤管理、以及其他所需人力與行政業務。
二、健保特約醫事服務機構執行本項服務之檢驗項目應由取得醫事檢驗機構開業執照／醫事服務機構開業執照（含檢驗單位）之檢驗機構辦理本項檢驗，其資料需上傳至健康署指定之系統。</td><td>450</td></tr>
<tr><td rowspan="2">無</td><td rowspan="2">無</td><td rowspan="2">本項服務對象檢驗結果為陽性（右側服務內容僅補助一項，且以一次為限）</td><td>一、檢驗日期起90個日曆天完成附表八之六醫療處置資料「除菌藥物治療」項目之完整追蹤（包含符合「確實服藥」之定義）。</td><td>200</td></tr>
<tr><td>二、檢驗日期起90個日曆天完成附表八之六下列其任一項目：
（一）醫療處置資料「除菌藥物治療」之「有無給藥」（含開立藥物單位）之追蹤。
（二）或醫療處置資料「除菌藥物治療」之「有無胃鏡」（含鏡檢醫事機構與鏡檢日期）之追蹤。
（三）或追蹤關懷紀錄之追蹤。</td><td>100</td></tr>
</table>

備註：

一、有關年齡以「年份」為檢核條件：年齡條件定義為「45≦就醫年－出生年≦75」，未曾接受過檢測服務者。

二、預防保健服務日係指門診日期。

三、胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測工具規格:取得本部醫療器材許可證且於有效期間內之檢測試劑。

四、機構不得向民眾收取額外檢驗檢查、出具檢驗報告與寄送等相關費用。

五、費用核付：

（一）本項服務依據附表八之三「表單填寫與保存」規範，檢核各辦理醫事服務機構上傳健康署指定系統資料，並定期結算費用。

（二）如對費用有疑義，請先上健康署指定系統查詢；如上傳資料不完整，經通知未限期改善者，不予核付費用。

（三）重複個案以「先**完整**上傳者」為核付依據。

六、如因不可抗拒因素致檢體失效，可提供再次檢測服務，每名補助 100 元，以一次為限，需詳實上傳附表八之四至八之六資料。

附表八之三 健康署「胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務」對象資格查核、表單填寫與保存修正規定

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單一入口系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其「胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務」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。
表單填寫與保存	一、辦理「胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務」者，應自門診日起30個日曆天將健康署「胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務管理紀錄表」（如附表八之四）詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統。 二、辦理「胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務」者，應自門診日起90個日曆天透過其檢驗部門或委託代檢之醫事檢驗機構，將「胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務管理紀錄表－檢驗結果」（如附表八之五）登錄上傳至健康署指定之系統。 三、如檢測結果為陽性，應自檢驗日起90個日曆天完成陽性個案追蹤並填具健康署「胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務管理紀錄表－陽性個案追蹤表」(如附表八之六)，並登錄上傳至健康署指定之系統。

健康署「胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務」管理紀錄表

116 年 1 月

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
採檢單位/機構：_____　醫事機構代碼：_____

個人基本資料

姓名：_____
身分證統一編號 □□□□□□□□□□　出生日期：民國_____年___月___日
統一證號(外籍)　門診日期：民國_____年___月___日
(若糞便抗原檢測首次檢驗結果為②檢測失效，第二次發管日期為民國_____年___月___日**)**
聯絡資訊 手機：_____，市話：(　　)_____
現居地址：(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(職) □專科、大學 □研究所以上 □拒答

個人病史

1. 個人**(曾經)**：□無 □胃炎 □胃潰瘍 □十二指腸潰瘍 □胃食道逆流 □胃腫瘤 □胃癌 □胃幽門桿菌感染 □其他_____；民國_____年/□不詳
2. 曾接受胃幽門桿菌除菌治療：□無 □有
3. 曾接受過胃鏡檢查：□無 □有，民國_____年/□不詳
4. 近 1 個月內是否使用潰瘍/胃食道逆流特效藥（一日一顆）：□無 □有
5. 近 1 個月是否服用抗生素/2 週內是否服用 PPI（Proton-Pump Inhibitors，質子幫浦抑制劑）：□無 □有
6. 藥物過敏：□無 □有，藥物名稱：_____

家族病史

1. 幽門桿菌家族史：□不詳 □無；□有
2. 消化性潰瘍家族史（胃或十二指腸）：□不詳 □無；□有
3. 胃癌家族史：□不詳 □無；□有

生活型態(非必填)

1.您有無吸菸習慣？□ 0.從不 □ 1.已戒 □ 2.目前有吸 □ 3.其他_____
2.您有無喝酒習慣？□ 0.從不 □ 1.已戒 □ 2.目前有喝 □ 3.其他_____
3.您有無嚼檳榔習慣？□ 0.從不 □ 1.已戒 □ 2.目前有嚼 □ 3.其他_____

*本人同意接受以胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測檢查，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：_____

※本表由採檢單位/機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統，或委託檢驗單位/機構代為上傳。
※本表系統資料由上傳單位/機構進行維護。

健康署「胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務」管理紀錄表－檢驗結果

116 年 1 月

糞便抗原檢驗資料(由糞便抗原**檢驗單位/機構**填寫)

1. 姓名：
2. 身分證統一編號/統一證號(外籍)：□□□□□□□□□□
3. 採檢單位/機構：　　醫事機構代碼：
4. 門診日期：民國　　年　　月　　日
5. 檢驗單位機構代碼：_____，檢驗單位機構名稱：_____
6. 檢驗日期：民國_____年___月___日
7. 檢驗結果：□⓪陰性，□①陽性，□②檢測失效
8. 試劑商品名稱：（中）_____（英）_____；
   許可證字號：_____字第_____號；有效日期：民國____年____月____日
9. 報告日期：民國_____年___月___日

若首次檢驗結果為②檢測失效，再次檢測後請填寫以下內容

10. 二次發管日期：民國_____年___月___日
11. 二次檢驗結果：□⓪陰性，□①陽性
12. 二次試劑商品名稱：（中）_____（英）_____；
    許可證字號：_____字第_____號；有效日期：民國____年____月____日
13. 二次報告日期：民國_____年___月___日

※本表由採檢單位/機構委託之醫事檢驗單位/機構辦理本項檢驗並上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。

第一聯：檢驗機構回報採檢機構聯

健康署「胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務」管理紀錄表－檢驗結果

116 年 1 月

糞便抗原檢驗資料(由糞便抗原**檢驗單位/機構**填寫)

1. 姓名：
2. 身分證統一編號/統一證號(外籍)：□□□□□□□□□□
3. 採檢單位/機構：　　醫事機構代碼：
4. 門診日期：民國　　年　　月　　日
5. 檢驗單位機構代碼：_____，檢驗單位機構名稱：_____
6. 檢驗日期：民國_____年___月___日
7. 檢驗結果：□⓪陰性，□①陽性，□②檢測失效
8. 試劑商品名稱：（中）_____（英）_____；
   許可證字號：_____字第_____號；有效日期：民國____年____月____日
9. 報告日期：民國_____年___月___日

若首次檢驗結果為②檢測失效，再次檢測後請填寫以下內容

10. 二次發管日期：民國_____年___月___日
11. 二次檢驗結果：□⓪陰性，□①陽性
12. 二次試劑商品名稱：（中）_____（英）_____
    許可證字號：_____字第_____號；有效日期：民國____年____月____日
13. 二次報告日期：民國_____年___月___日

※本表由採檢單位/機構委託之醫事檢驗單位/機構辦理本項檢驗與資料上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。

第二聯：檢驗醫事機構留存聯

健康署「胃幽門螺旋桿菌糞便抗原檢測服務」陽性個案追蹤表

採檢單位/機構名稱：_____，醫事機構代碼：_____　　116 年 1 月

檢驗單位/機構名稱：_____，醫事機構代碼：_____

姓名：_____，身分證字號：_____

聯絡電話：(　)_____，手機：_____

門診日期：___年___月___日

（檢測失效再次檢測發管日期___年___月___日）

轉介/轉診			
提供轉介/轉診日期	民國____年___月___日	轉介/轉診醫事服務機構：_____	科別：_____

醫療處置資料—「除菌藥物治療」(**除菌藥物治療/胃鏡其一有執行才可填寫醫療處置資料**)

有無給藥	□有 □無，原因_____
支付方式	□健保醫療給付 □自費 □其他：_____
開立藥物單位	□原檢測單位 □其他_____
開立日期	民國___年___月___日
開立天數	□十天□十四天□其他，_____天
開立除菌藥物項目	□三合一：PPI 加二種抗生素 □四合一：PPI 加三種抗生素（有 bismuth) □四合一：PPI 加三種抗生素（無 bismuth) □二合一：高劑量 PPI 及高劑量 amoxicillin（每日大於等於 3 grams） □其他_____
實際服藥日期	民國___年___月___日
是否確實服藥	□0.是，□1.否，實際服藥天數_____天，原因_____。 *（備註：確實服藥定義為服藥天數大於開立天數*0.8，例：10 天藥物至少要吃到 8 天，14 天藥物至少要吃到 12 天）*

副作用
(依據個案是否有右列副作用情形勾選)

副作用	1.皮膚過敏			2.腸胃道				3.腹			4.頭		5.其他	6.無
	紅疹	癢	其他	噁心	嘔吐	胃痛	胃口差	腹痛	腹瀉	脹氣	痛	暈		
服藥後前五日或七日														
服藥後後五日或七日														

醫療處置資料—「胃鏡」(**除菌藥物治療/胃鏡其一有執行才可填寫醫療處置資料**)

有無胃鏡	□有 □無，原因_____				
鏡檢醫事機構代碼		科別		鏡檢日期	民國___年___月___日
鏡檢結果	□未發現異常 □胃炎 □胃潰瘍 □十二指腸潰瘍 □胃食道逆流 □胃瘜肉 □胃腫瘤 □胃癌 □黏膜下腫瘤 □其他：_____（可複選）				

追蹤關懷紀錄

第 1 次	追蹤日期：___年___月___日，追蹤方式：□面訪□電訪□郵寄□電子郵件□其他_____ **不願接受進一步檢查或治療理由：** □01.已自行至醫院就診，就診醫療院所：_____ □02.拒絕胃鏡 □03.拒絕服藥治療 □04.拒絕手術或其他治療 □05.無法聯繫 □06.死亡 □07.其他_____
第 2 次	追蹤日期：___年___月___日，追蹤方式：□面訪□電訪□郵寄□電子郵件□其他_____ **不願接受進一步檢查或治療理由：** □01.已自行至醫院就診，就診醫療院所：_____ □02.拒絕胃鏡 □03.拒絕服藥治療 □04.拒絕手術或其他治療 □05.無法聯繫 □06.死亡 □07.其他_____
第 3 次	追蹤日期：___年___月___日，追蹤方式：□面訪□電訪□郵寄□電子郵件□其他_____ **不願接受進一步檢查或治療理由：** □01.已自行至醫院就診，就診醫療院所：_____ □02.拒絕胃鏡 □03.拒絕服藥治療 □04.拒絕手術或其他治療 □05.無法聯繫 □06.死亡 □07.其他_____

備註：

※如**追蹤關懷紀錄**中，不願接受進一步檢查或治療理由為 01.已自行至醫院就診或 06.死亡，本項服務完成；如為 02 至 05 及 07，請於適當間隔進行追蹤並填具 3 次追蹤關懷紀錄。

※**醫療處置資料** 與 **追蹤關懷紀錄** 可擇一填寫。

※如完成**醫療處置資料**或 **追蹤關懷紀錄**，並經核付本項預防保健服務費用，本表資料不得修改。

※本表由採檢單位上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。

附件一修正規定

健康署
胸部低劑量電腦斷層檢查服務

116 年 1 月 1 日版

壹、辦理醫院資格：

一、為健保特約醫院醫療院所之醫院層級機構，且能提供64切以上(含)且切片厚度在1.25 mm以下(含)之胸部低劑量電腦斷層檢查，並有適當之閱片螢幕與工作站等相關儀器及儲存設備。影像檔以DICOM（醫療影像傳輸標準）檔案類型儲存。

二、建議為健康署「癌症診療品質認證醫院」。若非健康署「癌症診療品質認證醫院」，則須與鄰近或合作之「癌症診療品質認證醫院」至少1家簽訂合作意向書，以協助篩檢結果異常個案接受後續確診。

三、應有放射診斷專科醫師、醫事放射師、胸腔內外科醫師、具醫事人員證書之個案管理師、相關科別之專科醫師或醫事人員等組成肺癌多專科團隊。非癌症診療品質認證醫院，得以合作醫院之多專科團隊代之，惟仍需具有放射診斷專科醫師、醫事放射師、胸腔內科或胸腔外科醫師、具醫事人員證書之個案管理師。

四、依「游離輻射防護法」規定，具電腦斷層掃描儀醫療曝露品質保證專業人員。

五、符合資格醫院，應向健康署提出申請，經健康署審查通過，始能依健康署公告之期間就補助服務對象提供服務，後續並應與健康署簽訂契約。資格審查原則、申請表，請詳見附件一之一、附件一之二。

貳、執行期間：自申請核准日起辦理本檢查，視辦理情況續約。

參、服務對象及時程：有下列任一肺癌風險因子且具健保身分之民眾，每2年1次胸部低劑量電腦斷層檢查。

一、具肺癌家族史：40至74歲女性或45至74歲男性，且其有血緣關係之父母、子女或兄弟姊妹經診斷為肺癌之民眾。

二、重度吸菸者：50至74歲吸菸史達20包-年以上，仍在吸菸或戒菸未達15年之重度吸菸者。

備註：

(一) 篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次LDCT攝影年−前次LDCT攝影年≧2」。

(二) 補助年齡以「年份」檢核，對於重度吸菸者其年齡條件為「50≦當次LDCT攝影年−出生年≦75」，對於具肺癌家族史之女性，其條件為「40≦當次LDCT攝影年−出生年≦75」，具肺癌家族史男性其條件為「45≦當次LDCT攝影年−出生年≦75」。

(三) 若家人係其他原發癌症(例如乳癌)轉移至肺、發生於胸部之淋巴癌、胸腺癌、縱膈腔(惡性)腫瘤、胸部結締組織及其他軟組織惡性腫瘤等，「非」屬肺癌。

(四) 包-年：平均每日吸菸包數＊吸菸年數。

(五) 有關重度吸菸者之定義，後續若有調整，以健康署公告為準。

三、若有下列任一情形者，不予收案，若有(六)至(八)情形者，應建議並協助民眾循正規醫療流程就醫：

(一) 懷孕中。

(二) 過去12個月內曾接受過胸部電腦斷層檢查(含低劑量電腦斷層檢查)。

(三) 曾得過肺癌。

(四) 無法接受胸腔穿刺或手術者。

(五) 無法閉氣等原因致無法完成檢查程序者。

(六) 過去1個月內有不明原因之咳血。

(七) 過去1個月內的胸部X光檢查顯示有明顯可疑肺癌病灶。

(八) 過去1年內有不明原因之體重減輕超過6公斤。

四、前開(六)至(八)個案，若經醫師評估，認為非疑似肺癌情形，且個案狀況能接受LDCT肺癌篩檢者，經檢附醫師診斷或評估結果，並簽具聲明書（格式如附件一之七）後，則可收案。

肆、補助金額：

一、每案補助新臺幣4,000元。

二、醫院不得向民眾收取額外檢查費用，排檢及檢查當日不應收取掛號費。惟若個案接受戒菸服務，得另依戒菸服務規範收取費用。

伍、服務內容及流程：

一、符合資格民眾應持健保卡及相關證明文件，至經健康署審查通過之醫院受檢。

二、醫院應確認民眾符合收案條件（包括至健康署「肺癌早期偵測追蹤管理系統」查詢民眾前次接受本檢查服務情形或查核民眾健保卡與服務對象資格），並詢問民眾無不予收案情形，請民眾於受檢前觀看LDCT衛教影片或相關衛教資訊，並確實告知胸部低劑量電腦斷層檢查之目的、可能風險、篩檢後流程及民眾需配合事項後，再請民眾簽署個案同意書（格式如附件一之三）。

三、調查民眾基本資料及風險因子（格式如附件一之四），確認符合接受檢查資格（民眾未簽署個案同意書及所需之聲明書者，不得提供服務）：

(一)以具有肺癌家族史接受服務者，應檢具其父母、子女或兄弟姊妹曾患有肺癌之診斷證明與其親屬關係相關文件（若民眾無法提出證明，**應請其填具聲明書**，如附件一之五），並留存(影本)於病歷中備查。

(二)以具有重度吸菸史接受服務者，應填具聲明書，如附件一之六，並留存(影本)於病歷中備查。

四、若民眾自述現在仍有吸菸情形，應提醒民眾本檢查並不能預防肺癌的發生，吸菸者不應將本檢查做為戒菸的替代選擇。應建議及鼓勵吸菸者戒菸、戒菸者則持續戒菸，並提供戒菸衛教及建議。

五、進行胸部低劑量電腦斷層檢查（LDCT檢查標準化規範如附件一之八）預防保健服務日係指攝影日期。

六、醫院應於服務後將當次之檢查紀錄登錄於健保卡，並於登錄後24小時內上傳就醫紀錄至健保署指定系統，保健服務項目代碼為14、取消代碼YN、醫令代碼LD及就醫序號ICLD。

七、對於篩檢結果為Lung-RADS v2022 Category 0,1,2者，應於LDCT檢查後

6週內寄送書面報告（或經個案同意後，得採電子郵件等方式提供，書面報告參考格式如附件一之九）；對於篩檢結果為Lung-RADS v2022 Category 3/4A/4B/4X者，醫院應於LDCT檢查後6週內安排個案回胸腔內科或胸腔外科門診看報告，說明後續處置建議，並安排檢查追蹤或確診程序（若非癌症診療品質認證醫院，應視需要轉介個案至健康署癌症診療品質認證醫院進行確診或治療程序）。個案進行檢查追蹤、確診程序後，應填列疑似異常個案追蹤表（附件一之十）。若無法於6週內請疑似異常個案回診看報告，6週內至少應聯繫個案3次並詳實紀錄，改以掛號寄發檢查報告（包括附件一之四及附件一之九）予個案，以利該等個案赴醫院接受進一步後續檢查或作為日後影像追蹤參考（服務及資料登錄流程如附件一之十二）。

陸、醫院其他應辦理事項：

一、設立至少1名負責影像判讀之放射診斷專科醫師、1名負責醫事放射師，督導電腦斷層掃描儀及其相關之設備與臨床影像品管事宜。

二、為避免排擠醫療資源，並提升篩檢效率及品質，辦理醫院應設置LDCT篩檢諮詢電話、協助預約掛號之網站或人員等配套，並依據其行政及檢查流程，規劃該院LDCT篩檢及追蹤綠色通道。例如：設置肺癌篩檢及追蹤之專門門診、安排受檢者於健檢中心檢查、指定特定CT作為LDCT檢查之用、協助疑似異常個案即時掛胸腔科門診並安排門診序號以減少等候、協助疑似異常個案能準時接受追蹤LDCT檢查等。相關綠色通道規劃作法請填列於附件一之二醫院資格審查申請表。

三、應請個案填列及簽署健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務「個案同意書」、「父母、子女或兄弟姊妹曾患有肺癌聲明書」、「具重度吸菸史聲明書」，並應詳實紀載「檢查紀錄結果表單」、「疑似異常個案追蹤表」。

四、請核對資料無誤後，於提供LDCT檢查之1週內將「檢查紀錄結果表單」之個案基本及臨床資料登錄至「肺癌早期偵測追蹤管理系統」。製作LDCT檢查判讀報告後，應於檢查後6週內安排個案回胸腔內科或胸腔外科門診看報告，並於提供檢查之次次月20日前將「檢查紀錄結果表

單」之檢查結果及「疑似異常個案追蹤表」之胸腔專科醫師評估結果登錄至前揭系統。(例如7月底檢查資料請於9月20日前完成登錄至系統)。後續進行檢查追蹤或確診程序後，應於檢查追蹤或確診程序後次月20日前將結果登錄至前揭系統（服務及資料登錄流程如附件一之十二)。

五、個案影像須使用soft tissue kernel或standard kernel重組之連續不重疊的厚切(slice thickness 5mm)及薄切(slice thickness≦1.25mm)軸向(axial)切面影像進行影像判讀。

六、應依醫療法規定妥善保存檢查影像及篩檢相關表單至少7年，民眾後續於同醫院追蹤或定期篩檢之結果，應與舊片比較，以提升影像判讀準確性。

七、醫院應配合健康署推動胸部低劑量電腦斷層檢查相關業務，例如配合健康署辦理抽片複閱、審查程序、查核或輔導等，並依健康署規範，完成相關教育訓練，或參與相關說明會、研討會或討論會。

八、建議各辦理檢查醫院（及合作之癌症診療品質認證醫院）可組成合作網絡，以協助個案在篩檢、追蹤、確診、治療間之轉介，並有利於填報資料之可取得性、正確性及完整性。

柒、附則：

一、醫院辦理本檢查，應以明顯方式標示所提供之服務項目及補助經費來源：「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」。

二、醫院辦理本檢查，應與服務對象充分溝通並善盡查核之責，如經醫院查核發現健保卡與服務對象不符、服務對象資格舉證不實、未簽署個案同意書、所需之聲明書及相關表單，或其他不符合本服務規定之情事時，醫院不得向健康署申報費用。

三、本檢查經費來源由健康署預算支應，不列入健保總額預算。健康署將依據各院於「肺癌早期偵測追蹤管理系統」申報之資料，重複個案以先鍵入健康署系統者為準，每月結算3個月前各辦理醫院提供LDCT檢查之次數及補助金額，並完成檢核。若非審查通過辦理醫院、服務對

象資格不符、未完成完整資料登錄，皆不予以補助。核付清冊將函送中央健康保險署，並預撥經費，再由中央健康保險署依健康署所送核付清冊代為撥付胸部低劑量電腦斷層檢查服務費予特約醫院。

四、辦理檢查醫院若對所收到之費用有疑慮，請先上「肺癌早期偵測追蹤管理系統」查詢，若有誤或漏傳，請依健康署通知之補正期間於系統登錄或補正，未於補正期間登錄或補正者將不核付胸部低劑量電腦斷層檢查服務服務費用。

五、以胸部LDCT檢查巡迴車（下稱LDCT巡迴車）提供篩檢服務者，應依標準作業規範執行篩檢，其規範如附件一之十一。

六、加強篩檢疑似異常民眾追蹤：辦理胸部低劑量電腦斷層檢查服務之醫院，其篩檢疑似異常個案追蹤完成率未達標準者，得依下表規定核扣所檢核年度之篩檢費用：

(一)計算方式

篩檢疑似異常個案追蹤完成率	所檢核年度之總補助篩檢金額
70%≦追蹤完成率<75%	-5%
65%≦追蹤完成率<70%	-10%
60%≦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「肺癌早期偵測追蹤管理系統」資料庫數據進行統計，計算期間為所檢核年度1月1日至12月31日攝影之個案。

(三)篩檢疑似異常個案追蹤完成率=

$$\frac{\text{「需進行確診程序」、「3個月後檢查追蹤」、「6個月後檢查追蹤」個案已追蹤完成數}}{\text{「需進行確診程序」、「3個月後檢查追蹤」、「6個月後檢查追蹤」個案數}}$$

(四)前項計算方式之分子為胸腔科醫師評估結果為「3個月後檢查追蹤」、「6個月後檢查追蹤」之個案，後續有進行檢查追蹤人數；及「需進行確診程序」之個案，後續有進行確診程序人數。檢查追蹤、確診程序於本院或他院進行均列入計算。

(五)完成追蹤之定義：「需進行確診程序」的個案建議於胸腔科醫師評估日起90個日曆天(含)內完成確診程序；經胸腔科醫師評

估為「3個月後檢查追蹤」或「6個月後檢查追蹤」的個案則分別建議於LDCT篩檢日起120、210個日曆天(含)內完成追蹤。

七、醫院辦理本檢查，經查有費用申報不實，費用申報與病歷記載或服務提供不符，服務對象資格不符或未簽署個案同意書、所需之聲明書及相關表單，未記載、登錄檢查紀錄結果等各項文件表單或內容虛偽不實，因未查詢或未登錄個案資料致2年內重複提供服務，或有不正當方法招攬服務對象之情事或其他違反醫療相關法規者，健康署不予核付費用，並追扣已核付之費用。

八、醫院辦理本檢查，經查有下列情形，且經輔導未改善或嚴重者，將視狀況執行退場機制，限制1年內不得辦理本檢查，原使用中儀器（含LDCT巡迴車）亦不得用於胸部LDCT檢查服務：

(一)費用申報不實。例如：費用申報與病歷記載或實際提供服務情形不符等。

(二)未如實記載及填報系統。例如：未完整調查民眾資料而隨意填報系統者；實際執行之儀器/人員與系統填報不同；未依實際調查/判讀/評估/追蹤/確診結果而填報系統者；未如實邀約民眾回診，即於系統填報聯繫3次未到；對於調查後仍有吸菸民眾卻勾選未吸菸，或未依吸菸個案實際接受戒菸服務情形而填報；系統填報內容與相關表單或院內紀錄不一致等。

(三)未依循本檢查規範執行。例如：未進行LDCT衛教及知情同意；於排檢或檢查當日對民眾收取掛號費等額外費用；未依規定於LDCT檢查後6週內寄送書面報告/提供Lung-RADS v2022 Category 0,1, 2民眾篩檢結果等。

(四)品質監測指標、抽片複閱結果顯著異常，經輔導未改善者。

(五)經實地輔導訪查，品質不佳或有明顯缺失者，未在期限內提出改善計畫，或改善計畫未獲委員同意者。

(六)有不正當方法招攬服務對象之情事或其他違反醫療相關法規者。

九、基於個人資料保護及資訊安全，舉凡個人資料，醫院及醫院之受僱人必須遵守個人資料保護法及其施行細則規定等相關法令，對所有個案

資料負完全且永久保密責任。醫院應落實保密及內控機制，並自行監督。醫院蒐集、處理或利用個人資料者，應於執行本檢查範圍、期間內為之；若違反資訊安全、個人資料保護法等相關規定，應由醫院自負相關法律責任。

十、醫院如與受檢者發生醫療糾紛，應由醫院自行負責。

十一、有關本檢查附件一之一至附件一之十二，以健康署署網最新版本為準。

【附件一之一】修正規定

健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務
醫院資格審查原則

一、 健康署為辦理高風險族群之胸部低劑量電腦斷層檢查服務醫院資格審查，特訂定本原則。

二、 符合以下資格之醫院得申請健康署資格審查：

（一）為健保特約醫院醫療院所之醫院層級機構，且建議應為健康署「癌症診療品質認證醫院」。如該醫院非健康署「癌症診療品質認證醫院」，則該醫院須與鄰近或合作之「癌症診療品質認證醫院」至少 1 家簽訂合作意向書，以協助篩檢結果異常個案接受後續確診。

（二）能提供 64 切以上(含)且切片厚度在 1.25 mm 以下(含)之胸部低劑量電腦斷層檢查，並有適當之閱片螢幕與工作站等相關儀器及儲存設備。影像檔以 DICOM（醫療影像傳輸標準）檔案類型儲存。

（三）應有放射診斷專科醫師、醫事放射師、胸腔內外科醫師、具醫事人員證書之個案管理師、相關科別之專科醫師或醫事人員等組成肺癌多專科團隊。非癌症診療品質認證醫院，得以合作醫院之多專科團隊代之，惟仍需具有放射診斷專科醫師、醫事放射師、胸腔內科或胸腔外科醫師、個案管理師。

（四）依「游離輻射防護法」規定，具電腦斷層掃描儀醫療曝露品質保證專業人員。

三、 符合前點資格者，得檢附下列文件 1 份，併同正式公文，以掛號函寄或親送至健康署，向健康署申請資格審查：

（一）申請表（格式如附件一之二，請附紙本及電子檔）。

（二）衛生福利部核發之開業執照影本。

（三）辦理本檢查之影像判讀醫師、醫事放射師、胸腔內外科醫師、個案管理師及多專科團隊名單（免檢附證明）：

1. 影像判讀醫師：具中華民國放射診斷專科醫師證書（得以兼任或支援報備方式辦理），對於影像有一定判讀經驗（取得放射診斷科專科醫師證書後，於近 12 個月內完成判讀胸部電腦斷層影像 1,000 例以上尤佳）。
2. 醫事放射師：具中華民國醫事放射師證書，執業登記場所為該醫院，對於執行電腦斷層攝影業務有一定經驗（近 2 年獨立完成 100 例胸部

電腦斷層攝影，其中 LDCT 10 例以上尤佳）。

3. 胸腔內外科醫師：具中華民國內科或外科等專科醫師證書（得以兼任或支援報備方式辦理）。
4. 個案管理師：具醫事人員證書，執業登記場所為該醫院。
5. 多專科團隊名單等其他人員：請依附件一之二申請表格式填列相關資訊。

（四）電腦斷層掃描儀醫療曝露品質保證專業人員：核能安全委員會(前行政院原子能委員會)核發之「輻射醫療曝露品質保證組織」文件影本。

（五）電腦斷層掃描儀：參與本檢查之所有電腦斷層掃描儀須符合 64 切以上，並檢附以下文件：

1. 醫療器材許可證影本。
2. 核能安全委員會(前行政院原子能委員會)核發之「可發生游離輻射設備登記證明」及最近一次每年診斷用電腦斷層掃描儀應校驗項目之測試合格證明(如：年度品保測試報告)文件影本。

（六）若醫院非健康署公告之「癌症診療品質認證醫院」（相關名單公佈於健康署網頁[www.hpa.gov.tw]）者，須檢附下列資料：

1. 與鄰近或合作之上述醫院至少 1 家簽訂合作意向書。
2. 胸部低劑量電腦斷層檢查疑似異常個案後續轉介、資料回報流程。

四、 資格審查由健康署為之，必要時得聘請專家或委託相關單位辦理：通過資格審查並經健康署公告者，始得辦理本檢查。

五、 執行胸部低劑量電腦斷層檢查之醫事放射師、執行影像判讀之放射診斷專科醫師，以及所使用之電腦斷層掃描儀、LDCT 巡迴車皆應經健康署通過，若由非健康署審查通過之醫事人員或儀器執行本檢查，將不予給付費用。

六、 LDCT 巡迴車須符合下列事項，始得辦理本檢查：

（一）執行之醫院、電腦斷層掃描儀及醫事放射師均須通過審查，且出車人員至少 1 位具醫療曝露品質保證專業人員資格。

（二）出車前須報請衛生局審查通過。

七、 執行本檢查之醫事人員、儀器或合作醫院異動時，應於異動日起 15 日內向健康署報備，如因異動導致無合格人員、儀器或合作醫院時，應於異

動日起停辦，並應於2個月內將遞補人員、儀器或合作醫院資料通知健康署，於審查通過後，始得繼續辦理：

（一）影像判讀醫師（含負責判讀醫師）、醫事放射師（含負責放射師）、電腦斷層掃描儀及 LDCT 巡迴車：應由醫院辦理本檢查之系統管理者至「肺癌早期偵測追蹤管理系統」向健康署提出申請。

（二）合作之「癌症診療品質認證醫院」：應由辦理醫院來函向健康署報備。

八、 通過資格審查之醫院有以下情形之一者，健康署得取消其資格：

（一）無合格之工作人員、儀器或合作醫院，或申報不實者。

（二）未依規定配合申報胸部低劑量電腦斷層檢查個案資料及報備工作人員、儀器及合作醫院異動。

（三）「胸部低劑量電腦斷層檢查品質檢測指標」之分析數據異常，並經輔導後仍未改善者。

（四）未依規範進行篩檢且情節嚴重者。

健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務
醫院資格審查申請表

一、送件資料檢核表：

送審資料		已備（打✓）	未備（打✓）
公文			
申請表	紙本		
	電子檔（光碟）		
衛生局核發之開業執照影本			
醫療曝露品質保證專業人員	核能安全委員會(前行政院原子能委員會)核發之「輻射醫療曝露品質保證組織」文件影本		
電腦斷層掃描儀相關證明文件	申請_____台		
	醫療器材許可證		
	核能安全委員會(前行政院原子能委員會)核發之「可發生游離輻射設備登記證明」文件影本		
	最近一次每年診斷用電腦斷層掃描儀應校驗項目之測試合格證明(如：年度品保測試報告)文件影本		
LDCT 巡迴車	1. 交通部公路監理機關核發之行車執照影本 2. 最近一次 LDCT 巡迴車之定期檢測結果文件影本		
申請醫院未具癌症診療品質認證資格	1. 與鄰近或合作之「癌症診療品質認證醫院」醫院至少 1 家簽訂之合作意向書 2. 胸部低劑量電腦斷層檢查疑似異常個案後續轉介、資料回報流程		
醫院未通過資格審查者，再次申請時需檢附改善計畫			
用印後系統辦理醫院管理者帳號/權限異動表 1 份			
用印後契約書 1 式 2 份			

以上資料請備妥 1 份，並檢附用印後「肺癌早期偵測追蹤管理系統計畫醫院管理者帳號/權限異動表」1 份、「衛生福利部國民健康署補助醫院辦理胸部低劑量電腦斷層檢查契約書」1 式 2 份，註明「胸部低劑量電腦斷層檢查服務醫院資格審查申請文件」寄至：103205 臺北市大同區塔城街 36 號，國民健康署癌症防治組 王先生 收，聯絡電話：(02) 2522-0888 轉分機 898, 896, 897

二、以下由申請單位及合作醫院填寫：

□首次申請　　□再次申請（須一併附上改善計畫）

（一）申請單位基本資料表：

申請單位	全名：			
醫事機構代碼				
醫院負責人	姓名：			
地址				
聯絡人	姓名		電話	
	e-mail		傳真	
負責影像判讀醫師	姓名		電話	
	e-mail			
負責放射師	姓名		電話	
	e-mail			

（如有合作醫院，請逐一填列，並附合作意向書影本）

合作醫院	全名：			
醫事機構代碼				
醫院負責人	姓名：			
地址				
聯絡人	姓名		電話	
	傳真			

合作醫院	全名：			
醫事機構代碼				
醫院負責人	姓名：			
地址				
聯絡人	姓名		電話	
	傳真			

（二）申請單位目前之工作人員人數、儀器量及去年的檢查數量：

項目	胸部電腦斷層攝影影像判讀醫師	電腦斷層攝影醫事放射師	醫療曝露品質保證專業人員	電腦斷層掃描儀數	去年向健保署申報之胸部電腦斷層檢查數量
數量			非年度： 年度：		

（三）工作人員之基本資料：

請將工作人員之資料填於下表，若表格不夠請自行影印或複製欄位填寫。

1.影像判讀醫師：

編號：　　;（編號由 1 號起，請自行填寫）

姓名	職稱	性別	出生年月日
			民國　年　月　日
身分證字號	醫師證書字號	專科醫師證書字號	
□新增　到職日：民國　　年　月　日		□刪除　離職日：民國　　年　月　日	
從事 LDCT 判讀年數：　年			
12 個月內完成判讀胸部電腦斷層影像_____例			

編號：　　;

姓名	職稱	性別	出生年月日
			民國　年　月　日
身分證字號	醫師證書字號	專科醫師證書字號	
□新增　到職日：民國　　年　月　日		□刪除　離職日：民國　　年　月　日	
從事 LDCT 判讀年數：　年			
12 個月內完成判讀胸部電腦斷層影像_____例			

編號：　　;

姓名	職稱	性別	出生年月日
			民國　年　月　日
身分證字號	醫師證書字號	專科醫師證書字號	
□新增　到職日：民國　　年　月　日		□刪除　離職日：民國　　年　月　日	
從事 LDCT 判讀年數：　年			
12 個月內完成判讀胸部電腦斷層影像_____例			

2.醫事放射師：

編號：　　;(編號由 1 號起，請自行填寫)

姓名	職稱	性別	出生年月日
			民國　年　月　日
身分證字號		醫事放射師（士）證書字號	
□新增　到職日：民國　　年　月　日		□刪除　離職日：民國　　年　月　日	
從事 LDCT 攝影年數：　年			
近 2 年獨立完成_____例胸部電腦斷層（其中含_____例 LDCT）			

編號：　　;

姓名	職稱	性別	出生年月日
			民國　年　月　日
身分證字號		醫事放射師（士）證書字號	
□新增　到職日：民國　　年　月　日		□刪除　離職日：民國　　年　月　日	
從事 LDCT 攝影年數：　年			
近 2 年獨立完成_____例胸部電腦斷層（其中含_____例 LDCT）			

編號：　　;

姓名	職稱	性別	出生年月日
			民國　年　月　日
身分證字號		醫事放射師（士）證書字號	
□新增　到職日：民國　　年　月　日		□刪除　離職日：民國　　年　月　日	
從事 LDCT 攝影年數：　年			
近 2 年獨立完成_____例胸部電腦斷層（其中含_____例 LDCT）			

3.胸腔內外科醫師：

姓名	職稱	身分證字號	醫師證書字號	專科醫師證書字號

4.其他團隊人員

姓名	身分證字號	職稱 ☐ 個案管理師 ☐ 醫師 ☐ 其他：	單位/科別	工作內容 (可複選) ☐ 個案管理 ☐ 衛教知情同意 ☐ 其他：	醫師證書字號 醫事人員證書字號

5.電腦斷層攝影儀醫療曝露品質保證專業人員（請附核能安全委員會(前行政院原子能委員會)核發之「輻射醫療曝露品質保證組織」文件影本）。

（四）電腦斷層掃描儀資料：

每台電腦斷層掃描儀皆須填妥以下資料(若表格不夠請自行影印填寫)

編號：　　;(編號由 1 號起，請自行填寫）

儀器基本資料		☐新增　　☐移除
	廠牌（製造商）	
	車號（非 LDCT 巡迴車者免填）	
	型號	
	切數	
	TFDA 許可證字號	例：衛部醫器陸輸字第_____號
	核安會登記備查號碼	例：登設字第_____號
	製造年度	
	序號	

編號：　　;(編號由 1 號起，請自行填寫）

儀器基本		☐新增　　☐移除
	廠牌（製造商）	
	車號（非 LDCT 巡迴車者免填）	

資料	型號	
	切數	
	TFDA 許可證字號	例：衛部醫器陸輸字第_____號
	核安會登記備查號碼	例：登設字第_____號
	製造年度	
	序號	

（五）改善說明文件：

曾經申請資格審查未通過或被取消資格者，申請時請一併附上已改善之證明文件（非上述情況者免附）。

（六）臨床影像評估：

影像評估標準如下表，請自行檢核是否符合：

項目	條件	各項目均需符合"「是」"
1.擺位技術		
	掃描視野(scanning field of view，SFOV)大小合適於胸廓。	是　否
	只需包含肺臟，不需刻意包含腎上腺，以減少輻射曝露劑量。	是　否
	儘可能使受檢者雙手上舉，且無體外干擾物造成假影。	是　否
	受檢者有儘可能良好的閉氣，無吸氣不足的狀況。	是　否
2. 影像的重組(reconstruction)		
	使用 soft tissue kernel 或 standard kernel 重組成連續不重疊的厚切(slice thickness 5mm)及薄切(slice thickness≦1.25mm)之軸向(axial)切面影像，共 2 組。	是　否
	顯示視野(displaying field of view，DFOV)包含所有的肺部組織在影像內，沒有遺漏。	是　否
	建議額外項目: 可增加冠狀(coronal)/矢狀(sagittal) 重組影像（重組影像厚度建議≦ 3 mm） 可增加軸向(axial)之最高強度投影影像 (MIP, maximum intensity projection) 5 mm 之重建影像。	
3.曝露(exposure)技術		

	CT 體積劑量指標(Volume CT dose index, CTDIvol)小於 3.0 mGy (在平均體型受檢者 170cm/70kg, BMI 24kg/m^2)。	是　否
	建議額外項目: 可使用自動曝露調控(AEC, automatic exposure control)或疊代重組(IR, Iterative reconstruction) 以降低輻射曝露劑量。	
4. 影像標籤(labeling)		
	影像上必須記錄永久性識別標籤，包括電腦斷層掃描儀型號、醫院名稱、受檢者姓名、性別、身分證號或病歷號、年齡或出生年月日、檢查日期及時間。	是　否
	影像有正確連續的 SE/IM 序列張數標號以供位置指引。	是　否

（七）綠色通道規劃：

醫院名稱：				
肺癌篩檢諮詢專線：				
網路排檢網址連結：				
民眾報到/諮詢處	平均每週可服務多少人	平均排檢所需等候時間(「幾天/週/月內」或「隨到隨做」)	平均檢查後多久可提供報告(「幾天/週/月內」)	排檢模式（可複選）： 1. 臨櫃排檢 2. 電話排檢 3. 網路排檢(含院內系統、Google 表單、Line 報名等方式) 4. 其他：(請敘述排檢模式)

LDCT 巡迴篩檢支援報備審核表（範例）

醫療院所名稱：

巡迴車車號（所屬醫院名稱）：

巡迴地區：

地址 1/預估人數：_____

地址 2/預估人數：_____

地址 3/預估人數：_____

巡迴時間：

□單次：_____年_____月_____日_____時至_____時

□長期（以 7 天為限）：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

	LDCT 巡迴篩檢前評估項目	須檢附證明	是	否
1	LDCT 巡迴車應通過「健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務醫院資格審查」	「健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務醫院資格審查」通過公文或其他證明文件		
2	由符合資格之醫事放射師進行操作 **放射師姓名：**_____ **放射師姓名：**_____ **候補放射師姓名：**_____ **候補放射師姓名：**_____			
3	具備符合資格之影像判讀醫師 **判讀醫師姓名：**_____			
4	具備符合資格之醫療曝露品質保證專業人員 **品保人員姓名：**_____	「輻射醫療曝露品質保證組織」文件影本		
5	放射師於支援前應事先報經執行地當地衛生主管機關核准並副知所在地衛生主管機關	支援報備核准證明文件		
評估結果： □通過，備註：_____ □不通過，原因：_____		**衛生局審核人員簽名**		

註：1. 未確實完成申請者或申報不實者，健康署得核扣該場次提供之所有胸部低劑量電腦斷層檢查服務費用。

2. 以上作業程序，若有未盡事宜，依相關規定辦理。

3. 各縣市衛生局得依實際執行情形，增加評估項目。

健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務 個案同意書

我是否有下列任一狀況：

□有；□無　我過去2年內（2次篩檢年份差距小於2）是否曾接受過本檢查服務？

□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(含低劑量電腦斷層檢查)？

□有；□無　我是否得過肺癌？

□有；□無　我是否有無法閉氣等無法完成檢查程序之情形？

□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，確認已經知道有關胸部低劑量電腦斷層檢查之優缺點及可能風險，並同意下列事項：

■我知道胸部低劑量電腦斷層檢查，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。

■我知道胸部低劑量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。

■我知道接受胸部低劑量電腦斷層檢查後，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，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。

■我知道胸部低劑量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，我應同意接受衛教戒菸。

■我知道本檢查為每2年1次胸部低劑量電腦斷層檢查，若我2年內（以年份檢核）曾接受本檢查服務，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，本人同意將歷次胸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。

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。所有參與本項補助檢查服務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，同意接受本檢查並同意將相關資料（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（含其他醫院）報告與影像，以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：民國　　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 年內接受胸部低劑量電腦斷層檢查服務服務之情形。

【附件一之四】修正規定
116 年 1 月 1 日版

健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務 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

病歷號：

個人基本資料（受檢者填寫）			
姓名		**身分證統一編號或統一證號(外籍)**	
出生日期	民國　　年　　月　　日	**聯絡資訊**	手機： 市話：(　　)
現居地址	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 (職)；□專科、大學；□研究所以上；□拒答。		

個案臨床資料（建議由醫院詢問受檢者後填寫）

其它資訊

身高：_____公分；體重：_____公斤。

肺部相關疾病史

有無得過下列肺部相關疾病？

□肺阻塞(COPD)；□肺結核(TB)；□肺炎；□慢性支氣管炎；□塵肺症(Pneumoconiosis)；□肺氣腫(Emphysema)；□特發性肺纖維化(IPF)；□全身性硬化症(Systemic Sclerosis)

□無以上疾病

□雖具疑似肺癌排除狀況，但已檢附醫師診斷或評估結果，認為非疑似肺癌情形，且個案狀況能接受 LDCT 肺癌篩檢，並簽具聲明書。

家族史

與您有血緣的父母、子女或兄弟姊妹中，有無人得過肺癌？

□有，共____人，請填下方表格：

血緣關係	父親	母親	兄弟	姊妹	兒子	女兒
罹患肺癌人數						
確診時年齡(同類型血緣關係填列確診年齡之**最小數值**)						

診斷證明或聲明書所列家屬姓名：_____；民國出生年月日：_____年_____月_____日；身分證字號：_____（本國籍民國 38 年以前(含)出生，若經查詢確實無 ID，得不提供 ID）

□無

吸菸史及二手菸

一氧化碳檢測值：_____ppm

□有吸菸史，每天抽_____包 (20 支/包) x 抽菸_____年=_____包-年

是否已戒菸：□已戒菸（自民國____年成功戒菸）　□否，目前仍有吸菸

戒菸服務：□提供戒菸服務；□已在戒菸療程；□未接受戒菸服務

□有二手菸暴露（每週至少 1 天吸入菸草煙霧 15 分鐘以上）

□無吸菸也無二手菸暴露

油煙暴露

煮食經歷_____年，每週煎_____天，炒_____天，炸_____天(填整數)

使用排油煙機情形：□有；□無

職業暴露

□接觸石綿如石綿製造、造/拆船、鍋爐管線保養業等；□接觸重金屬、煤、瀝青等如冶煉工廠、金屬製造業、焊接、礦業等；□暴露於粉塵、棉絮；□放射環境；□廟宇工作(燒香)

□無

本人同意接受LDCT肺癌篩檢，確認以上資料正確無誤，並同意相關資料（含問卷資料、檢查影像、檢查結果、後續定期就醫資料等）作為統計分析、政策評估、查詢及追蹤管理使用。

受檢者本人簽名或蓋章(手印)：　　民國　　年　　月　　日

檢查結果（攝影醫院填寫）					
醫院名稱		**攝影日期**	民國____年____月____日	**醫事放射師**	
CT 儀登設字號		**判讀日期**	民國____年____月____日	**判讀醫師**	
LDCT 巡迴車車號 **(若非巡迴車執行個案，則無須填寫)**					

判讀結果

LDCT Quality: □Good □Acceptable □Not Acceptable

CTDIvol:_____mGy Total DLP: _____ mGy*cm

In comparison with the prior CT, Date ___(Y)/____(M)/____(D) □No prior chest CT available

<u>Lung nodule findings related to cancer screening</u>

詳細規範請參閱 Lung-RADS v2022

□**No lung nodule**

□**Nodule with benign features.**

□**Lung nodule(s) (<6mm) (選填 SE: ___, IM: _____)**

□**Juxtapleural nodule.**

□**Lung nodule(s) (≧6mm or enlarging>1.5mm or new≧4mm): total number** □1 □2 □3 □≥4, and described as followings:

請依序描述最懷疑之肺結節(至多 3 個) **(Describe the most suspicious 3 nodules in order)**

□**Lung nodule 1 (size, character and location)**
Entire Nodule**:** _____mm
Density: □non-solid □part-solid (solid part: ___ mm) □solid
Lobe: (SE:___, IM:___) □RUL □RML □RLL □LUL □LLL
The nodule is □unchanged □enlarging (>1.5 mm) □newly found (≧4 mm) in follow-up □No prior chest CT comparison

□**Lung nodule 2 (size, character and location)**
Entire Nodule**:** _____mm
Density: □non-solid □part-solid (solid part: ___ mm) □solid
Lobe: (SE:___, IM:___) □RUL □RML □RLL □LUL □LLL
The nodule is □unchanged □enlarging (>1.5 mm) □newly found (≧4 mm) in follow-up □No prior chest CT comparison

□**Lung nodule 3 (size, character and location)**
Entire Nodule**:** _____mm
Density: □non-solid □part-solid (solid part: ___ mm) □solid
Lobe: (SE:___, IM:___) □RUL □RML □RLL □LUL □LLL
The nodule is □unchanged □enlarging (>1.5 mm) □newly found (≧4 mm) in follow-up □No prior chest CT comparison

□**Lung nodules else** □RUL □RML □RLL □LUL □LLL (SE:_____, IM:_____)

□**<u>Airway nodule</u>**
□Subsegmental (Category 2)
□Segmental or more proximal
□Favors secretions (Category 2)
□At baseline (Category 4A)
□Stable or growing (Category 4B)

□**Atypical pulmonary cyst**
□Category 3. Lobe: (SE: , IM:) □RUL □RML □RLL □LUL □LLL
□Category 4A. Lobe: (SE: , IM:) □RUL □RML □RLL □LUL □LLL
□Category 4B. Lobe: (SE: , IM:) □RUL □RML □RLL □LUL □LLL
□**The pattern of lung nodules has a higher probability of metastases**

……..

Other Lung Findings (選填)
□Emphysema □Bronchiectasis □Bronchitis/bronchiolitis □Tree-in-bud pattern
□Centrilobular nodules □Old pulmonary TB □Interstitial lung disease (ILD) □Other_____

Other Findings (選填)
□Enlarged lymph nodes, location_____
□Coronary artery calcification_____
□Other significant abnormal chest findings _____
□Other significant abnormal abdominal or neck findings in this chest CT scan _____

Overall recommendation

Lung-RADS v2022 Category Descriptor

□Category 0: Incomplete
□Prior chest CT examination being located for comparison.
□Part or all of lungs cannot be evaluated.
□Findings suggestive of an inflammatory or infectious process.

□Category 1: Negative.

□Category 2: Benign - Based on imaging features or indolent behavior.

□Category 3: Probably Benign - Based on imaging features or behavior.

□Category 4A: Suspicious.

□Category 4B: Very suspicious.

□Category 4X: Category 3 or 4 nodules with additional features or imaging findings that increase suspicion for lung cancer.

……...

(選填)

□Modifier S: May add to category 0-4 for clinically significant or potentially clinically significant findings unrelated to lung cancer.
□請至門診就診

健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務
具血緣關係之父母、子女或兄弟姊妹曾患有肺癌聲明書

立聲明書人_____（以下簡稱本人），目前年齡_____歲，因為_____之原因，無法出具血親曾患有肺癌之診斷證明與其親屬關係相關文件，茲聲明我的 □父母親； □兒女； □兄弟姊妹 曾患有肺癌，該名親屬姓名為_____，出生日期：民國_____年____月_____日，身分證統一編號：_____（本國籍民國 38 年以前(含)出生，若經查詢確實無 ID 者，得不提供 ID）。本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名：　　（簽章）

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：

中華民國_____年_____月_____日

備註：本資料請醫院留存於病歷中。

健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務
具重度吸菸史聲明書

立聲明書人_____（以下簡稱本人），目前年齡_____歲，仍在吸菸或曾經吸菸（已經戒菸_____年/月）；有在吸菸時，平均每天抽_____包 (20 支/包)，吸菸期間共_____年，吸菸史達_____包-年，符合健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務之資格。

本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名：　　（簽章）

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：

中華民國_____年_____月_____日

備註：本資料請醫院留存於病歷中。

健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務
具排除狀況聲明書

立聲明書人_____（以下簡稱本人），雖然有下列情形：

□過去1個月內有不明原因之咳血。

□過去1個月內的胸部X光檢查顯示有明顯可疑肺癌病灶。

□過去1年內有不明原因之體重減輕超過6公斤。

但經_____醫院_____醫師評估，認為非疑似肺癌情形，且本人狀況能接受胸部低劑量電腦斷層檢查（醫師診斷或評估結果如附件）。

本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名：　　（簽章）

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：

中華民國_____年_____月_____日

備註：本資料請醫院留存於病歷中。

健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務
胸部低劑量電腦斷層檢查標準化規範

一、 電腦斷層之硬體設備：使用 64 切或此規格以上之電腦斷層掃描儀。

二、 掃描及重組技術：

(一) 受檢者在檢查時需吸飽氣後閉氣完成檢查。

(二) 掃描範圍(scan area)：依定位影像由肺尖掃描至肺部後下緣下。不需刻意包含腎上腺，以降低輻射曝露劑量。

(三) 掃描參數設定建議：kVp: 100-120；mAs: 20-50 mAs (BMI ≤ 30)；若 BMI > 30，可調高 mAs。建議開啟自動曝露控制(automatic exposure control, AEC)、疊代重組演算(iterative reconstruction algorithm, IR)或人工智慧深度學習(AI deep learning)等先進演算法以降低輻射曝露劑量。

(四) CT 影像重組設定：

1. 須使用標準設定，即 soft tissue 或 standard kernel。
2. 影像規格：軸向(axial)切面厚度 ≤ 1.25 mm 1 組，及 5 mm 切面厚度 1 組。
3. 其他建議：可增加冠狀(coronal)/矢狀(sagittal) 重組影像（重組影像厚度建議≦3 mm），或可增加軸向(axial) 之最高強度投影影像(MIP, Maximum Intensity Projection) 5 mm 之重建影像。

(五) 判讀 W/L (window width & window level)：

1. Lung window (W/L) →1600/-550 (1400 to 1600 / -350 to -600 HU) 。
2. Mediastinum window (W/L) → 450/40 (400 to 500 / 35 to 45 HU) 。
3. 量測病灶大小時使用 lung window 測量平均直徑(average diameter)至小數後第 1 位(單位為 mm)。

(六) 輻射劑量的數值（CT 體積劑量指標，volume CT dose index, CTDIvol）需呈現於劑量報告（Dose report）中，並符合 CTDIvol ≤ 3 mGy（標準體型受檢者 170 cm/70kg, BMI 24 kg/m^2），且劑量可合理達到最低水平 ALARA（as low as reasonably achievable）。

健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務 民眾初檢報告格式

（參考模板）

_____ 先生／小姐 您好：

您於○年○月○日於○○○○○○醫院進行的胸部低劑量電腦斷層檢查：

本篩檢檢查結果為：○○○○。建議：○○○○○○○○。

其他發現：有其他異常。建議：請您至門診評估

（備註：本項僅需於有勾選「有其他異常（對應 Lung-RADS v2022 Modifier S）時顯示，若無勾選，請刪除本項」）

提醒您：

(一) 胸部低劑量電腦斷層檢查結果有異常結節或有結節但可能為良性不代表您有肺癌，應做進一步的追蹤或檢查。

(二) 胸部低劑量電腦斷層檢查結果無異常結節或有良性/惰性徵象的結節也不代表您沒有肺癌，應注意自身症狀，並定期接受篩檢。

若您有其他疑問，也歡迎您和本院○○○○○○○聯繫

電話: ○○-○○○○○○○○

健康署提供參與此檢查者每 2 年定期胸部低劑量電腦斷層檢查

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

民眾報告 內容選項（參考模板）

胸部低劑量電腦斷層檢查檢查結果	對應 Lung-RADS V2022	建議
無法判讀	0	建議您至門診諮詢
無異常結節	1	注意自身症狀，並定期接受篩檢
有良性或惰性徵象的結節	2	注意自身症狀，並定期接受篩檢
有結節但可能為良性	3	請您至胸腔內科或胸腔外科門診評估
有異常結節	4A,4B,4X	請您儘快至胸腔內科或胸腔外科門診評估

備註：本頁為民眾初檢報告之選項（參考模板），請依據放射科醫師報告勾選之 Lung-RADS v2022 Category，於民眾初檢報告提供相關建議，貴院得視需求補充相關敘述。

健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務疑似異常個案追蹤表

個案基本資料（攝影醫院填寫）			
姓名		**身分證統一編號或統一證號（外籍）**	
出生日期	民國　　年　　月　　日	**聯絡資訊**	手機： 市話：(　　)
現居地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣　　市鄉　　村　　路　　段　　巷　　號 市　　區鎮　　里　　街　　弄　　樓		
判讀結果（攝影醫院填寫）			
醫院名稱		**醫事機構代碼**	
攝影日期	民國　　年　　月　　日	**攝影判讀日期**	民國　　年　　月　　日
LDCT 攝影檢查結果	Lung-RADS v2022 Category □ 3；□ 4A；□ 4B；□ 4X		
評估結果（攝影醫院填寫）			
評估醫師		**評估日期**	年　　月　　日
胸腔專科醫師評估依據及結果	□每 2 年定期胸部低劑量電腦斷層檢查 □6 個月後檢查追蹤 □3 個月後檢查追蹤 □需進行確診程序		
重作或 3/ 6 個月後檢查追蹤結果（追蹤醫院填寫）			
追蹤醫院名稱		**醫事機構代碼**	
追蹤日期	民國　　年　　月　　日		
重作或追蹤之評估依據及結果	□每 2 年定期胸部低劑量電腦斷層檢查 □1 年後檢查追蹤 □6 個月後檢查追蹤 □3 個月後檢查追蹤 □需進行確診程序	檢查追蹤係指經過一段時間後，另外進行 CT、LDCT 等檢查(不包括胸部 X 光)，以觀察結節變化情形，再據以評估後續處置建議。 再次檢視原篩檢之 LDCT 影像，「非」檢查追蹤。	
確診程序結果（確診及治療醫院填寫）			
確診及治療醫院名稱		**醫事機構代碼**	
確診程序執行日期	民國　　年　　月　　日	**確定診斷**	□ 非肺癌；□ 肺癌
確診方式（可複選）	□手術切除或切片；□電腦斷層指引切片；□支氣管鏡檢查切片；□超音波檢查切片；□細胞學診斷（含 bronchial washing/ brushing、胸水、痰液等）；□其他_____		
非肺癌個案診斷（可複選）	□感染及發炎；□肺結核；□纖維化；□塵肺病；□COPD；□支氣管疾病； □AAH (Atypical adenomatous hyperplasia)；□轉移性腫瘤(原發部位_____)；□不明； □良性；□良性腫瘤；□其他_____(請填 ICD 碼，若無，則補充說明)		
非肺癌個案處置(可複選)	□手術切除；□追蹤；□藥物治療；□其他_____(請補充說明)		
組織學分類(Histology type)	□肺腺癌；□鱗狀細胞肺癌；□神經內分泌細胞肺癌；□小細胞肺癌；□其他_____		
手術切除治療情形及手術病理結果（須具病理診斷報告）	□ 無，原因：□拒絕手術；□經評估不適合手術；□其他　(請說明理由) □ 有：日期 民國_____年_____月_____日；主治醫師_____ 手術醫院名稱：　　，醫事機構代碼：　　。		
	腫瘤大小(Size)	mm ×　　mm ×　　mm	
	病理分期(Pathological Stage) 請依據 AJCC 第 9 版規則填報	T：　　N：　　M：　　Stage： 小細胞肺癌或無手術病理結果者，請填臨床分期 Stage：	
其他癌症治療（可複選）	□**放射線治療**；□**化學治療**；□**標靶治療**；□**免疫治療**；□**局部消融治療** 治療日期：民國_____年_____月_____日，主治醫師_____ 治療醫院名稱：_____，醫事機構代碼：_____		□**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：民國　年　月　日。			

【附件一之十一】修正規定

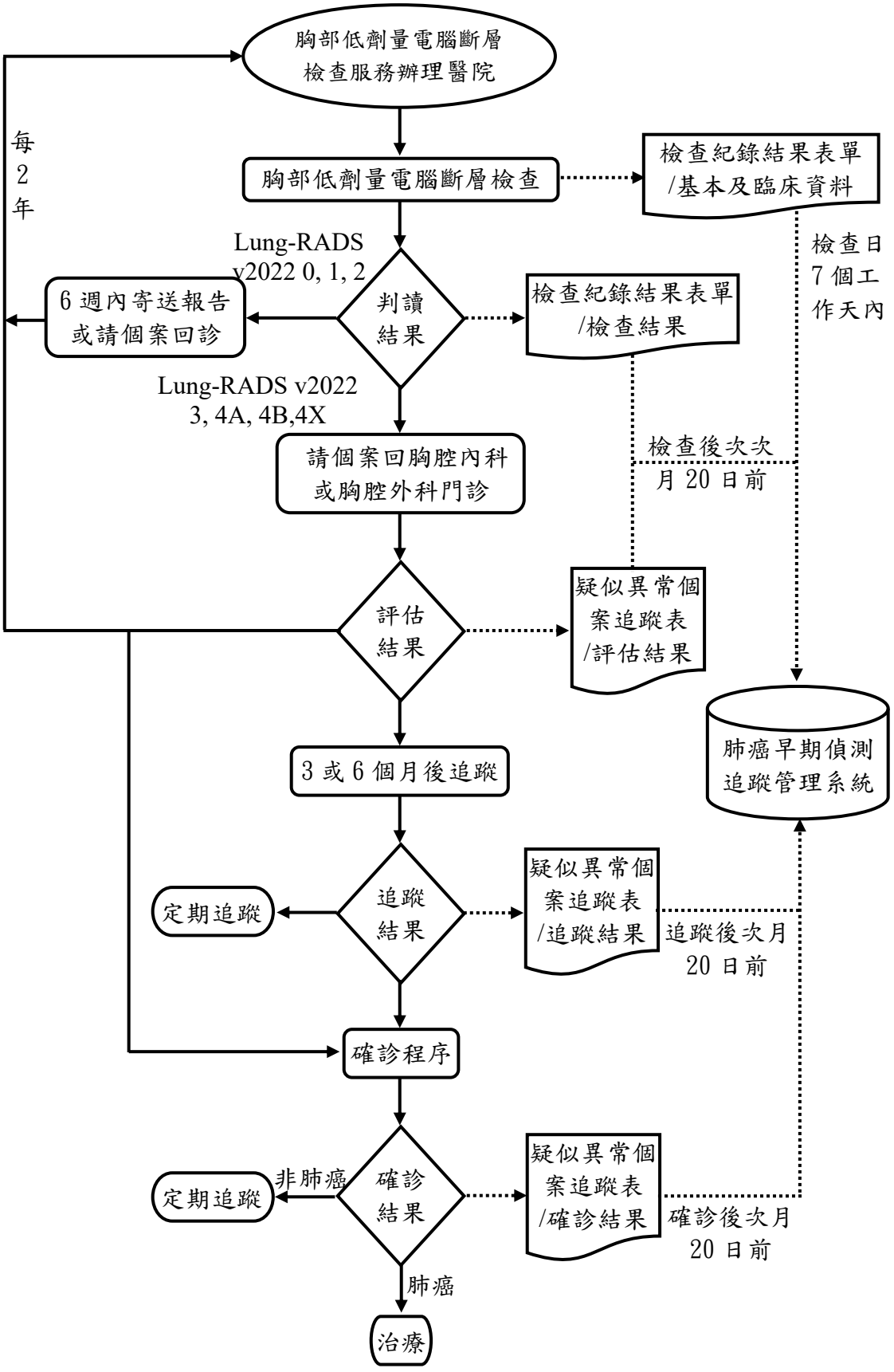
以 LDCT 巡迴車執行胸部低劑量電腦斷層檢查服務
巡迴篩檢標準作業程序

作業流程	作業程序
前置作業 醫院、電腦斷層掃描儀及執行巡迴篩檢之醫事放射師均須通過「健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務醫院資格審查」，且出車人員中至少1位具醫療曝露品質保證專業人員資格。 ↓ 檢附「LDCT巡迴篩檢支援報備審核表」報請衛生局審查核可，並由衛生局依轄區資源安排LDCT巡迴篩檢。	執行 LDCT 巡迴篩檢之醫院須訂定後續轉介、資料回報之流程，報醫院所在地衛生局及副知執行篩檢地之衛生局同意後始得執行。
執行中作業 確認民眾符合接受胸部低劑量電腦斷層檢查服務資格。 ↓ 請民眾於受檢前觀看LDCT衛教影片或相關衛教資訊，並確實告知可能風險及配合事項後，再請民眾簽署個案同意書及聲明書等文件。 ↓ 提供符合資格之民眾胸部低劑量電腦斷層檢查。	1. 須於車體內明顯處張貼通過健康署資格審查及核能安全委員會登記備查之證明文件。 2. 須於攝影儀器上明顯處張貼所有使用該儀器之放射師執業執照影本及核能安全委員會核發之品質標籤。 3. 須於車體外明顯處張貼本次執行放射師之執業執照影本。 4. 須於車體移動至定點、進行造影前，執行品管並留存紀錄。 5. 須配合衛生主管機關及核能安全委員會專案稽核。
後續作業 對於篩檢結果為Category 0,1,2者，應於LDCT檢查後6週內寄送書面報告；對於篩檢結果為Category 3/4A/4B/4X者，醫院應於LDCT檢查後6週內安排個案回胸腔內科或胸腔外科門診看報告，說明後續處置建議，並安排檢查追蹤或確診程序。 ↓ 追蹤胸部低劑量電腦斷層檢查疑似異常個案後續追蹤及確診結果。	1. 執行 LDCT 巡迴篩檢之醫院皆應依規定格式妥為保存巡迴篩檢個案之影像。 2. 提供 Category 3/4A/4B/4X 檢查紀錄結果表單及疑似異常個案追蹤表影本。

註：以上作業程序，若有未盡事宜，依「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」及「健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務醫院資格審查原則」相關規定辦理。

健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務

服務及資料登錄流程



圖例：──→服務流程；……資料傳遞流程

附件二修正規定

健康署
大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌篩檢
疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務

116年1月修訂

壹、 目的

為提高衛生福利部（下稱衛福部）預防保健服務之大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌篩檢（以下稱「癌症篩檢」）疑似異常個案，進一步完成診斷，透過本服務之追蹤管理及提升醫療院所診斷品質，建立以篩檢疑似異常個案為中心之主動追陽管理模式，期能提升篩檢效益、早期治療及增進治療效率，降低罹癌風險與減少晚期癌症發生。

貳、 參與計畫醫療院所資格

一、可辦理衛福部預防保健服務之癌症篩檢服務之全民健康保險特約醫事服務機構。

二、可辦理衛福部癌症篩檢結果為陽性或疑似異常個案進一步確定診斷之全民健康保險特約醫事服務機構。

參、 收案條件

接受衛福部預防保健癌症篩檢服務且符合下列各癌別之條件者：

一、大腸癌

45歲至74歲，或具大腸癌家族史之40歲至44歲者，經定量免疫法糞便潛血檢查（2年1次）結果為陽性。

二、子宮頸癌

（一）30歲以上女性，經子宮頸抹片檢查（1年1次）抹片判讀結果為非典型腺體細胞病變(AGC)或高度鱗狀上皮細胞病變(HSIL)以上者（抹片結果編碼為5,8-13,15-18）。

（二）25至29歲女性，經子宮頸抹片檢查（3年1次）抹片判讀結果為非典型腺體細胞病變(AGC)或高度鱗狀上皮細胞病變(HSIL)以上者（抹片結果編碼為5,8-13,15-18）。

三、乳癌

40歲至74歲之女性，經乳房X光攝影檢查結果（2年1次）為Category 0(需附加其他影像檢查再評估)、4(可疑異常須考慮組織生檢)以及5(高度疑似乳癌，須採取適當措施)者。

四、肺癌

具肺癌家族史之45歲至74歲男性或40歲至74歲女性，或50歲至74歲吸菸史達20包-年以上，仍在吸菸或戒菸未達15年之重度吸菸者，經低

劑量電腦斷層檢查（2年1次）結果為 Category3(有結節但可能為良性)、4A、4B、4X(有異常結節)，並經胸腔專科醫師評估須進行3個月、6個月檢查追蹤或須進行確診程序者。

肆、 服務內容

一、篩檢結果為疑似異常個案之追蹤管理：由原篩檢醫事服務機構執行。

(一)大腸癌

1.執行項目：

(1)對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、大腸鏡檢查之準備與注意事項。

(2)確立診斷之轉介或轉診服務:與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務、或透過健保電子轉診平台提供跨院轉診服務、或透過衛福部國民健康署（下稱健康署）「癌症篩檢與追蹤管理資訊資訊整合系統」(下稱癌整系統）填寫轉介欄位提供跨院轉介服務；如透過健保電子轉診平台，轉診目的請選「A.轉介其他試辦計畫或方案-癌症治療品質改善計畫-癌別」。

(3)追蹤個案完成大腸鏡確立診斷。

2.追蹤管理結果之填報方式：無。

3.執行期限：

自個案接受定量免疫法糞便潛血檢查檢驗日起：

(1)30個日曆天（含）內完成個案轉診或轉介，以健保電子轉診平台開單日期或癌整系統轉介日期為認定標準；開單或轉介日期不得逾大腸鏡確立診斷日期。

(2)90個日曆天（含）內完成個案大腸鏡確立診斷之追蹤。

(二)子宮頸癌

1.執行項目：

(1)對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、切片之準備與注意事項。

(2)確立診斷之轉介或轉診服務:與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務、或透過健保電子轉診平台提供跨院轉診服務、或透過健康署癌整系統填寫轉介欄位提供跨院轉介服務；如透過健保電子轉診平台，轉診目的請選「A.轉介其他試辦計畫或方案-癌症治療品質改善計畫-癌別」。

(3)追蹤個案完成切片確診。

2.追蹤管理結果之填報：無。

3.執行期限：自抹片採檢日起:

(1)30個日曆天（含）內完成個案轉診或轉介，以健保電子轉診平台開單日期或癌整系統轉介日期為認定標準；開單或轉介日期不得逾切片日期。

(2)90個日曆天(含)內完成個案切片確立診斷之追蹤。

(三)乳癌

1.執行項目：

(1)對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、複檢/確診之準備與注意事項。

(2)確立診斷之轉介或轉診服務：與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務、或透過健保電子轉診平台提供跨院轉診服務、或透過健康署癌整系統填寫轉介欄位提供跨院轉介服務；如透過健保電子轉診平台，轉診目的請選「A.轉介其他試辦計畫或方案-癌症治療品質改善計畫-癌別」。

(3)追蹤個案完成複檢或確立診斷結果。

2.追蹤管理結果之填報：無。

3.執行期限：自乳房攝影日起

(1)30個日曆天（含）內完成個案轉診或轉介，以健保電子轉診平台開單日期或癌整系統轉介日期為認定標準；開單或轉介日期不得逾複檢或確立診斷日期。

(2)60個日曆天(含)內，完成個案複檢或確立診斷之追蹤。

(四)肺癌

1.執行項目：

(1)對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、追蹤檢查或切片確立診斷之準備與注意事項。

(2)確立診斷之轉介或轉診服務：與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務、或透過健保電子轉診平台提供跨院轉診服務、或透過健康署癌整系統填寫轉介欄位提供跨院轉介服務；如透過健保電子轉診平台，轉診目的請選「A.轉介其他試辦計畫或方案-癌症治療品質改善計畫-癌別」。

(3)追蹤個案完成接受檢查追蹤或確立診斷程序。

2.追蹤管理結果之填報：無。

3.執行期限：

(1)自攝影檢測日起42個日曆天（含）內，完成影像檢查評估結果。

(2)若個案經胸腔專科醫師評估結果為：

A.「3個月後檢查追蹤」：自攝影檢測日起120個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。

B.「6個月後檢查追蹤」：自攝影檢測日起210個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。

(3)若個案經胸腔內科或胸腔外科醫師評估結果為「需進行確診程序」，或前開檢查追蹤結果為「需進行確診程序」，自評估或檢查結果日起90個日曆天(含)完成確診程序。

二、提升癌症確診品質管理：由接受轉診醫事服務機構執行。

(一)大腸癌

1.執行項目：

(1)自接受轉診或轉介個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、個案知悉同意（含回復原篩檢醫事服務機構確診結果)、大腸鏡檢查注意事項及排程（含提供合適之清腸劑)。

(2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果。

2.確立診斷：須完成大腸鏡檢查及處置；如發現病灶如息肉等而無處置者，應於病歷敘明理由。

3.上傳報告：上傳「定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單－大腸鏡確診結果」(如附表1）至癌整系統。

4.執行期限：

(1)自個案接受定量免疫法糞便潛血檢查檢驗日起90個日曆天(含)內，完成大腸鏡檢查並確立診斷及處置。

(2)大腸鏡檢查完成隔日起21個日曆天(含)內，完成上傳報告。

(3)大腸鏡檢查完成隔日起21個日曆天(含)內，通知原篩檢特約醫事服務機構個案確立診斷及處置結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦請於期限內通知原篩檢單位。

(二)子宮頸癌

1.執行項目：

(1)自接受轉診或轉介個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意（含回復原篩檢醫事服務機構確診結果)、切片確診注意事項及切片確立診斷。

(2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果。

2.確立診斷：完成切片確診（含病理切片結果)。

3.上傳報告：上傳「子宮頸（陰道）切片個案資料登記表」(含病理組織切片結果，如附表2）至癌整系統。

4.執行期限：

(1)自抹片採檢日起90個日曆天(含)內，完成切片確立診斷。

(2)自切片確立診斷隔日起21個日曆天(含)內，完成上傳報告。

(3)自切片確立診斷隔日起21個日曆天(含)內，通知原篩檢醫事服務機構個案確立診斷結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦請於期限內通知原篩檢單位。

(三)乳癌

1.執行項目：

(1)自接受轉診或轉介個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意（含回復原篩檢醫事服務機構確診結果)、複檢、切片確立診斷等程序之安排。

(2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果。

2.確立診斷：

（1）X 光攝影檢查結果為 Category0者：進行複檢；複檢結果為Category 1、2、3者，予以結案。

（2）X 光攝影檢查結果為 Category4、5，或 Category0複檢結果為Category4、5者：進行檢查、切片，以確立診斷。

3.上傳報告：上傳「女性乳房 X 光攝影檢查服務疑似異常個案追蹤表」(如附表3）至癌整系統。

4.執行期限：

(1)自乳房攝影日起，60個日曆天(含)內，完成複檢或確立診斷。

(2)自複檢或確立診斷隔日起21個日曆天(含)內，完成報告上傳。

(3)自切片確立診斷隔日起21個日曆天(含)內，通知原篩檢醫事服務機構個案確立診斷結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦請於期限內通知原篩檢單位。

(四)肺癌

1.執行項目：

(1)自接受轉診或轉介個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意（含回復原篩檢醫事服務機構檢查追蹤或確診結果)、檢

查追蹤及切片檢查等程序之安排。

(2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構檢查追蹤或確立診斷結果。

2.確立診斷：

(1)經胸腔專科醫師評估結果為「3個月後檢查追蹤」或「6個月後檢查追蹤」者：完成第1次追蹤（透過CT等方式觀察結節或肺部變化情形），且第1次追蹤結果無須進行確診程序。

(2)經胸腔專科醫師評估結果為「需進行確診程序」或第1次追追蹤結果為「需進行確診程序」者：完成切片或細胞學診斷等確立診斷之檢查。

3.上傳報告：上傳「胸部低劑量電腦斷層檢查服務疑似異常個案追蹤表」(如附表4) 至癌整系統。

4.執行期限：

(1)檢查追蹤或確立診斷：

A.若評估為「3個月後檢查追蹤」者：自攝影檢測日起120個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。

B.若評估為「6個月後檢查追蹤」者：自攝影檢測日起210個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。

C.若評估為「需進行確診程序」，或前開檢查追蹤結果為「需進行確診程序」:自評估或檢查結果日起90個日曆天(含)內，完成確立診斷之檢查。

(2)自追蹤或確立診斷隔日起21個日曆天(含)內，完成報告上傳。

(3)自追蹤或確立診斷隔日起21個日曆天(含)內，通知原篩檢醫事服務機構個案檢查追蹤或確立診斷結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦請於期限內通知原篩檢單位。

伍、 申報項目及申報標準（詳附件二之一）

一、醫事服務機構須對個案提供符合本服務內容後，始得申報本標準項目。

二、每一個案有「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」申報編號者，得分別支付「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」。

三、每一個案同一癌別週期，不得重複申報本標準。

（一）大腸癌：執行期限內首筆完成確診報告上傳者。

（二）子宮頸癌：執行期限內首筆完成確診報告上傳者。

（三）乳癌：執行期限內完成複檢或確診報告上傳者。

（四）肺癌：執行期限內完成檢查追蹤或確診檢查報告上傳者。

陸、 費用申報、核付與申復

一、費用申報

（一）特約醫事服務機構門診醫療服務點數之清單段欄位填報：

1.案件分類填報「A3」，特定治療項目代號依癌別填報如下:

（1）大腸癌：申報 P7701C，填報「HM:大腸癌追蹤管理」；申報 P7709C 填報「HN:大腸癌診斷品質管理」。

（2）子宮頸癌：申報 P7704C 者，填報「HR:子宮頸癌追蹤管理」；申報 P7711C 者，填報「HS:子宮頸癌診斷品質管理」。

（3）乳癌：申報P7705C、P7706C者填報「HT:乳癌追蹤管理」；申報P7712C、P7713C者，填報「HW:乳癌診斷品質管理」。

（4）肺癌：申報 P7707B、P7708B 者，填報「HX:肺癌追蹤管理」；申報P7714B、P7715B者，填報「HY:肺癌診斷品質管理」。

2. 就醫序號：請填報「ICC4」。

3. 部分負擔代號：請填報「009(其他規定免部分負擔者)」。

（二）特約醫事服務機構門診醫療服務點數之醫令段欄位填報：

1.申報 P7701C-P7708B，醫令類別填報「G」，支付點數填報「0」,「執行時間-起」填報個案原篩檢日期、「執行時間-迄」填報「完成本服務內容之執行日期」。

2.申報 P7709C-P7715B，醫令類別填報「G」，支付點數填報「0」,「執行時間-起」填報「確診及處置執行日期」、「執行時間-迄」填報「完成本服務內容之執行日期」。

二、費用核付

健保署定期提供特約醫事服務機構申報資料予健康署，健康署依據院所服務內容實際執行情形予以核定，並定期將核定清冊送健保署，由健保署代為撥付本服務費用予特約醫事服務機構。

三、費用申復

特約醫事服務機構參照全民健康保險費用申報予核付及醫療服務審查辦法規定辦理申復，由健保署轉請健康署複查並回復，以1次為限。

柒、 附則

一、 本服務經費來源由健康署預算支應，不列入健保總額預算。

二、 本服務所訂之各項給付費用，如與其他公務預算支應之計畫，屬同一事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。經查證有重複之情事，不予受理費用申請或追回已核付之款項。

三、 特約醫事服務機構辦理本服務，經查有費用申報不實，費用申報與

病歷記載或服務提供不符，服務對象資格不符或未簽署相關同意書，未記載、登錄檢查紀錄結果等各項文件表單或內容虛偽不實，或有不正當方法招攬服務對象之情事或其他違反醫療相關法規者，健康署不予核付費用，並追扣已核付之費用。

四、 基於個人資料保護及資訊安全，舉凡個人資料，特約醫事服務機構及其受僱人必須遵守個人資料保護法及其施行細則規定等相關法令，對所有個案資料負完全且永久保密責任。特約醫事服務機構應落實保密及內控機制，並自行監督。特約醫事服務機構蒐集、處理或利用個人資料者，應於執行本服務範圍、期間內為之；若違反資訊安全、個人資料保護法等相關規定，應由特約醫事服務機構自負相關法律責任。

五、 特約醫事服務機構如與接受本服務者發生醫療糾紛，應由特約醫事服務機構自行負責。

附件二之一修正規定

健康署大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌篩檢疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務申報項目及申報標準

編號	申報項目	核付費用
	追蹤管理費	
P7701C	-大腸癌	800
P7704C	-子宮頸癌	800
	-乳癌	
P7705C	--Category 4、5	800
P7706C	--Category 0	400
	-肺癌	
P7707B	--Category 3、4A、4B、4X 經評估需進行確診程序	800
P7708B	--Category 3、4A、4B、4X 經評估 需進行3個月或6個月檢查追蹤	400
	註：由原篩檢醫事服務機構申報	
	診斷品質管理費	
P7709C	-大腸癌_大腸鏡確診	1,700
P7711C	-子宮頸癌_切片確診	1,200
	-乳癌	
P7712C	--確診及複診後確診	1,700
P7713C	--複檢後為 Category1、2、3予以結案	1,200
	-肺癌	
P7714B	--確診或檢查追蹤後確診	1,700
P7715B	--完成第1次檢查追蹤予以結案	1,200
	註：由接受原篩檢醫事服務機構轉診(或轉介)之確診醫事服務機構申報	

附表1修正規定　　經費由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助

健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單
大腸鏡確診結果

116年1月修訂

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行大腸鏡確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。
※本計畫**應取得**個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。

個人基本資料：
身分證統一編號或統一證號(外籍)：□□□□□□□□□□
姓名：_____
出生年月日：民國____年____月____日

診斷：□❶正常，□❶痔瘡，□❷潰瘍性大腸炎，□❸息肉，□❹大腸癌，□❾其他_____
大腸鏡檢醫事機構代碼(必要)：_____
病歷號碼(必要)：_____
大腸鏡檢檢查日期(必要)：民國____年____月____日
檢查醫師姓名(必要)：_____
檢查醫師科別(必要)：□①消化內科□②大腸直腸外科 □③消化外科

時間登錄(24小時制)：
檢查開始時間：____時____分____秒
檢查至盲腸時間：____時____分____秒
檢查結束時間：____時____分____秒

大腸鏡伸入位置(Insertion level)最深位置(必要)：
□⑩末端迴腸(Terminal ileum) □⑪盲腸(Cecum) □⑫升結腸(Ascending colon)
□⑬肝彎(Hepatic flexure) □⑭橫結腸(Transverse colon) □⑮脾彎(Splenic flexure)
□⑯降結腸(Descending colon) □⑰乙狀結腸(Sigmoid colon) □⑱直腸(Rectum)
□⑲外科手術接合處(Anastomosis) □⑩肛門口(Anus)

檢查前用藥(Premedication)(必要)：
止痙攣藥物： □⓪無 □①有
止痛鎮靜藥物：□⓪無 □①有

清腸用藥(Colon cleansing agent) (必要)：**(可複選)**
□①PEG-ELS 類 □②Phosphosoda 類 □③Magnesium citrate 類 □④Castor oil
□⑤Dulcolax □⑥Enema □⑨其他_____

清腸給藥時間(Preparation time)：
□①Morning single dose □②Evening single dose □③Split dose

清腸程度(Colon cleansing level) (必要)：
□① 良好(Excellent) □②適當(Good) □③尚可(Fair) □④不良(Poor)

抗凝血藥物(Anti platelet/Coagulant)：
□⓪無 □①有 □②不知道(或不清楚吃何藥)

大腸鏡檢後併發症(Complication) (必要)：**(可複選)**
□⓪Nil □①Significant bleeding □②Perforation □③Cardiopulmonary complication
□⑨其他

檢體總數(必要)：____顆

息肉切除：
□①未切除 □②已完全切除 □③未全數切除，尚餘____顆 □④息肉未完整切除

有無使用人工智慧輔助偵測系統(CADe): □⓪無 □①有

臨床診斷(內視鏡診斷)結果(必要)：(請逐顆登錄)	
□Ⓐ正常	□⑪Negative finding □⑫Negative finding in the observable segments □⑰Poor preparation
□Ⓑ痔瘡	□⑭External hemorrhoids □⑮Mixed hemorrhoids □⑯Internal hemorrhoids
□Ⓒ增生性息肉	□⑬Hyperplastic polyp
□Ⓓ腺瘤性息肉	□⑱Tubular adenoma □⑲Tubulovillous adenoma □㊷Colon polyposis □㊹Post-treatment residual neoplasm
□Ⓔ鋸齒狀病變	□⑪Sessile serrated lesion □⑫Traditional serrated adenoma
□Ⓕ其他息肉	□⑬Inflammatory polyp □㉜Juvenile polyp □㉝Peutz-Jeghers syndrome
□Ⓖ疑似惡性腫瘤	□⑭Early colorectal cancer □⑮Advanced colorectal cancer
□Ⓗ其他腫瘤	□㊹Submucosal tumor □㊱Neuroendocrine tumor □㉟Lipoma □㊸ Lymphoma □㉞Lymphangioma
□Ⓘ發炎/潰瘍	□⑯Colitis □⑰Non-specific colitis □⑱Ischemic colitis □⑲Infectious colitis □⑳Amebic colitis □㉑Ulcerative colitis □㉒Radiation colitis □㉓Pseudo-membranous colitis □㉔Drug-induced colitis □㉕Cytomegalovirus colitis □㉖GVHD-related colitis □㉗Crohn's disease □㉚Colonic ulcer □㊲Bechet's disease □㊹Proctitis □㊺Hemorrhagic colitis □㊻Colitis aphthosa
□Ⓙ其他異常	□㉘Colonic diverticulum □㉙Colonic diverticulosis □㉛Melanosis coli □㊳Xanthoma □㊴S/P partial colectomy □㊵S/P left hemicolectomy □㊶S/P right hemicolectomy □㊷Situs inversus □㊸Colonic wall cyst □㊺Angiodysplasia (angiectasia) □㊻Lymphoid follicles □㊼Operation scar □㊽Suture granuloma □㊾Petechia □㊿Colonic tuberculosis □㊼Amyloidosis □㊽Megacolon □㊾Rectal varices □㊿Mucosa prolapse □㊶Intussusception □㊷Colon fistula □㊸Post endoscopy treatment scar □㊺Colonic stricture
□Ⓚ其他診斷	**請填寫說明**(必要)：_____

第 N 個病灶處位置(必要)：

□⑩末端迴腸(Terminal ileum) □⑪迴盲瓣(ICV) □⑪盲腸(Cecum) □⑫升結腸(Ascending colon)
□⑬肝彎(Hepatic flexure) □⑭橫結腸(Transverse colon) □⑮脾彎(Splenic flexure)
□⑯降結腸(Descending colon) □⑰乙狀結腸(Sigmoid colon)
□⑫直腸乙狀結腸接合處(Rectosigmoid junction(RSJ)) □⑱直腸(Rectum)
□⑲外科手術接合處(Anastomosis) □⑩肛門口(Anus)
□⑨⑨位置不明(若位置不明，請登記病灶距離肛門口_____公分)

◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「Ⓐ正常」者，病灶處位置**無需填寫**
◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「Ⓑ痔瘡」或「Ⓒ增生性息肉」或「Ⓗ其他腫瘤」或「Ⓘ發炎/潰瘍」或「Ⓙ其他異常」或「Ⓚ其他診斷」，病灶處處置及未處置(Nil)原因**可不填寫**
◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「Ⓓ腺瘤性息肉」或「Ⓔ鋸齒狀病變」或「Ⓕ其他息肉」或「Ⓖ疑似惡性腫瘤」，病灶處處置及未處置時未處置(Nil)原因**必填**

第 N 個病灶處處置(必要)：**(可複選)**

□⑩Nil(未處置) □⑪S/p biopsy □⑫ₐS/p hot snare polypectomy □⑫ᵦS/p cold snare polypectomy
□③ₐS/P hot EMR(Endoscopic mucosal resection)
□③ᵦS/P cold EMR(Endoscopic mucosal resection)□⑭S/p ESD (Endoscopic submucosal dissection)
□⑮S/p hemostasis □⑯S/p biopsy and removal □⑰S/p hot biopsy and removal □⑱S/p hemoclipping

臨床診斷(內視鏡診斷)結果(必要)：(請逐顆登錄)

□⑨S/p tattooing □⑩S/p stenting
□⑪S/p endolooping □⑬S/p EPMR (Endoscopic piecemeal mucosal resection)
□⑭APC (argon plasma coagulation) □⑨⑨Other(其他處置) _____

第 N 個病灶處未處置(Nil)原因(必要)：**(可複選)**

□ⓐUse of anti-platelet or anti-coagulant
□ⓑUnexpected trouble during management (cardiopulmonary event, other complication, mechanical trouble, etc.)
□ⓒDifficulty in management (will resect at another session of colonoscopy)
□ⓓDifficulty in management (refer to other hospital)
□ⓔDifficulty in management (refer for surgery)
□ⓕConsent not obtained from the patient
□ⓖPatient's schedule does not match (will resect at another session of colonoscopy)
□ⓩOthers_____

◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「Ⓐ正常」者，病灶處處置及未處置(Nil)原因**無需填寫**
◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「Ⓑ痔瘡」或**「Ⓒ增生性息肉」**或「Ⓗ其他腫瘤」或「Ⓘ發炎/潰瘍」或「Ⓙ其他異常」或「Ⓚ其他診斷」，病灶處處置及未處置(Nil)原因**可不填寫**
◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「Ⓓ腺瘤性息肉」或「Ⓔ鋸齒狀病變」或「Ⓖ其他息肉」或「Ⓖ疑似惡性腫瘤」，病灶處處置及未處置時未處置(Nil)原因**必填**

第 N 個病灶處有無檢體(必要)：

□⓪無檢體 □①有檢體(無檢體以下無需填寫)

檢體大小(內視鏡下大小)：____公分(小數點1位)

檢體編號：____ (以 A 到 Z 呈現，區分每一檢體)

◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「Ⓐ正常」者，有無檢體**無需填寫**
◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「Ⓑ痔瘡」或**「Ⓒ增生性息肉」**或「Ⓗ其他腫瘤」或「Ⓘ發炎/潰瘍」或「Ⓙ其他異常」或「Ⓚ其他診斷」，病灶處處置及未處置(Nil)原因**可不填寫**
◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「Ⓓ腺瘤性息肉」或「Ⓔ鋸齒狀病變」或「Ⓕ其他息肉」或「Ⓖ疑似惡性腫瘤」，病灶處處置及未處置時未處置(Nil)原因**必填**

註1：若病灶不只一個，請再自行增加欄位。
註2：若無病灶完全正常者，至少應附8張照片(盲腸、升結腸、肝彎曲、橫結腸、脾彎曲、降結腸、乙狀結腸、直腸)；若有病灶，應附病灶照片(照片無須上傳，留於醫院存查)。
註3：清腸程度
(1)良好(Excellent)：僅有少量的清澈糞水，且95%以上的腸道黏膜可被清楚觀察。
(2)適當(Good)：較多量的清澈糞水佔據小於25%的黏膜，且90%以上的腸道黏膜可被清楚觀察。
(3)尚可(Fair)：半固體的糞便可被清除，清洗後90%以上的腸道黏膜可被清楚觀察。
(4)不良(Poor)：半固體的糞便無法被清除，且不到90%的腸道黏膜可被清楚觀察。
註4：併發症 Significant bleeding 息肉切除後發生出血情形
(1)中度(Moderate)：達輸血治療者。
(2)重度(Severe)：接受介入性治療者，例如：經血管攝影栓塞、外科手術等。

病理機構代碼：_____

病理報告日期(民國____年____月____日)

檢體編號：□（以 A 到 Z 呈現，區分每一檢體）

檢體病理報告：(請逐顆登錄)	
□① **Normal /** mucosal tag	
□② **Adenomatous polyp:**	□ⓐTubular adenoma □ⓑTubulovillous adenoma □ⓒVillous adenoma High-grade dysplasia in adenoma □⓪Not identified □①Present
□③ **Serrated lesion and polyp:**	□ⓐHyperplastic polyp □b1Sessile serrated lesion □b2Sessile serrated lesion with dysplasia □ⓒTraditional serrated adenoma □ⓓUnclassified serrated adenoma
□④ **Carcinoma:**	※若為 S/p hot snare polypectomy/ S/p cold snare polypectomy/ S/P hot EMR(Endoscopic mucosal resection)/ S/P cold EMR(Endoscopic mucosal resection)/ S/P ESD(Endoscopic submucosal dissection) S/P EPMR(Endoscopic piecemeal mucosal resection) **則需填寫 D，若 D 為①Adequate 則 E-H 必填。** A Histological type: □ⓐAdenocarcinoma, no specific subtype □ⓑMucinous adenocarcinoma □ⓒSignet-ring cell carcinoma □ⓓMedullary carcinoma □ⓔSerrated adenocarcinoma □ⓕMicropapillary adenocarcinoma □ⓖAdenoma-like adenocarcinoma □ⓗAdenosquamous carcinoma □ⓘCarcinoma with sarcomatoid components □ⓙUndifferentiated carcinoma B Histological grade □ⓐ Gx □ⓑ Low-grade □ⓒ High-grade C Mismatch repair (MMR) Deficiency □ⓐPositive (Loss of expression of MMR proteins) □ⓑNegative (Preserved MMR protein expression) □ⓒNot be Assessed D Specimen adequate for evaluation of histological markers □ⓐAdequate □ⓑInadequate 原因: □①fragmentation □②extensive cauterization □③poor orientation E Depth of invasion (ⓐ至ⓒ需擇一填報) □ⓐ Intramucosal carcinoma □ⓑ Polypoid lesion: Haggitt's classification level □①1

檢體病理報告：(請逐顆登錄)	
	□②2 □③3 □④4 □⑤Not be Assessed □ⓒ Sessile lesion (Submucosal invasion) □①<=1mm □②>1mm □③Not be Assessed F Angiolymphatic invasion □ⓐnot identified □ⓑpresent □ⓒNot be Assessed G Margins □ⓐInvolved □ⓑUninvolved but <=1mm in distance □ⓒUninvolved and >1mm in distance □ⓓNot be Assessed H Tumor budding □ⓐBd1 (low): 0-4 buds □ⓑBd2 (intermediate): 5-9 buds □ⓒBd3: (high): >+10 buds □ⓓNot be assessed
□⑤**Neuroendocrine neoplasm：**	□ⓐNeuroendocrine tumor □⓪ Gx □① G1 □② G2 □③ G3 □ⓑ Large cell neuroendocrine carcinoma □ⓒ Small cell neuroendocrine carcinoma □ⓓ Mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN)
□⑥**Haematolymphoid tumor：**	□ⓐ B-cell lymphoma □ⓑ T-cell and NK-cell lymphoma □ⓒ Others
□⑦**Hamartomatous polyp：**	□ⓐ Juvenile polyp/retention polyp □ⓑ Peutz-Jeghers polyp
□⑧**Inflammatory polyp/Prolapse-type polyp：**	
□⑨**Colitis**	
□⑩ **Other**	**請填寫說明**(必要)：_____

附表2修正規定

經費由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助

健康署子宮頸（陰道）切片個案資料登記表

116年1月修訂

一、個人基本資料

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(外籍)：□□□□□□□□□□

二、個案臨床資料

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. 病理組織部位：(同筆切片可分子宮內頸及外頸：填04、05）

	□□ 組織部位1	□□ 組織部位2

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）
03子宮內膜

11. 手術方式：

	□□ 手術方式1	□□ 手術方式2

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
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、05
部位為陰道，手術方式可選填01、03

12. 子宮頸（陰道）病理組織切片結果（或診斷病名）：

	□□ 切片結果1	□□ 切片結果2

00 Unremarkable cervical epithelium（no pathological change, no pathological diagnosis）
01 Benign epithelial lesion（Benign tumor, Inflammatory & reactive changes, myoma）
02 Mild dysplasia（Flat condyloma; 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 determinated
88 Inadequate specimen
99 Others：_____

	Others1	Others2

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行切片確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。
※本服務應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。

附表3修正規定

經費由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助

116年1月修訂

健康署女性乳房 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		**身分證統一編號或統一證號（外籍）**	
出生日期	民國___年___月___日	**聯絡資訊**	手機： 市話：( )
現居地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣 市鄉 村 路 段 巷 號 市 區鎮 里 街 弄 樓		

乳房 X 光攝影檢查結果（攝影醫院填寫）			
醫院名稱		**醫事機構代碼**	
攝影日期	民國_____年_____月_____日	**攝影判讀日期**	民國_____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（6至12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鍵入資料，另執行本注意事項之大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務有需求者，則由負責複檢、負責確診或治療之醫療院所鍵入資料）

乳房 X 光攝影檢查結果為（Category 0、3）之複檢結果（如有上述需求者，則由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	民國_____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； □乳房超音波檢查； □乳房磁振造影檢查； □ 其他複檢方式：_____。	該項複檢方式檢查結果為： □（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(6至12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（如有上述需求者，則由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	民國_____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；□鈎針定位；□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（6至12個月）。	

確定診斷為乳癌之後續手術或治療情形(由攝影醫院、手術或治療醫院負責追蹤結果及鍵入資料)			
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：日期民國_____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）**	**分級（Grade）**	
		□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：民國_____年_____月_____日； 治療醫院名稱：_____，醫事機構代碼：_____，主治醫師：_____。		□未治療

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行複檢或確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。

※本服務應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。

附表4修正規定

經費由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐/公務預算補助

健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務疑似異常個案追蹤表

116年1月

個案基本資料（攝影醫院填寫）			
姓名		**身分證統一編號或統一證號（外籍）**	
出生日期	民國___年___月___日	**聯絡資訊**	手機： 市話：(　　)
現居地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣　市鄉　村　路　段　巷　號 市　區鎮　里　街　弄　樓		
判讀結果（攝影醫院填寫）			
醫院名稱		**醫事機構代碼**	
攝影日期	民國____年____月____日	**攝影判讀日期**	民國____年____月____日
LDCT 攝影檢查結果	Lung-RADS v2022 Category□ 3；□ 4A; □ 4B; □4X		
評估結果（攝影醫院填寫）			
評估醫師		**評估日期**	民國____年____月____日
胸腔專科醫師評估依據及結果	□每2年定期胸部低劑量電腦斷層檢查 □6個月後檢查追蹤 □3個月後檢查追蹤 □需進行確診程序		
重作或3/ 6個月後檢查追蹤結果（追蹤醫院填寫）			
追蹤醫院名稱		**醫事機構代碼**	
追蹤日期	民國____年____月____日		
重作或追蹤之評估依據及結果	□每2年定期胸部低劑量電腦斷層檢查 □1年後檢查追蹤 □6個月後檢查追蹤 □3個月後檢查追蹤 □需進行確診程序	檢查追蹤係指經過一段時間後，另外進行 CT、LDCT 等檢查(不包括胸部 X 光)，以觀察結節變化情形，再據以評估後續處置建議。 再次檢視原篩檢之 LDCT 影像，「非」檢查追蹤。	
確診程序結果（確診及治療醫院填寫）			
確診及治療醫院名稱		**醫事機構代碼**	
確診程序執行日期	民國____年____月____日	**確定診斷**	□ 非肺癌；□ 肺癌
確診方式（可複選）	□手術切除或切片；□電腦斷層指引切片；□支氣管鏡檢查切片；□超音波檢查切片； □細胞學診斷（含 bronchial washing/ brushing、胸水、痰液等）；□其他_____		
非肺癌個案診斷（可複選）	□感染及發炎；□肺結核；□纖維化；□塵肺病；□COPD；□支氣管疾病； □AAH (Atypical adenomatous hyperplasia)；□轉移性腫瘤(原發部位_____)；□不明； □良性；□良性腫瘤；□其他_____(請填 ICD 碼，若無，則補充說明)		
非肺癌個案處置(可複選)	□手術切除；□追蹤；□藥物治療；□其他_____(請補充說明)		
組織學分類(Histology type)	□肺腺癌；□鱗狀細胞肺癌；□神經內分泌細胞肺癌；□小細胞肺癌；□其他_____		
手術切除治療情形及手術病理結果（須具病理診斷報告）	□ 無，原因：□拒絕手術；□經評估不適合手術；□其他_____(請說明理由) □ 有，日期：民國_____年_____月_____日；主治醫師_____ 手術醫院名稱：_____，醫事機構代碼：_____		
	腫瘤大小(Size)	_____ mm ×_____ mm ×_____ mm	
	病理分期(Pathological Stage) 請依據 AJCC 第9版規則填報	T：_____ N：_____ M：_____ Stage：_____ 小細胞肺癌或無手術病理結果者，請填臨床分期 Stage：_____	
其他癌症治療（可複選）	□**放射線治療**；□**化學治療**；□**標靶治療**；□**免疫治療**；□**局部消融治療** 治療日期：民國_____年_____月_____日，主治醫師_____ 治療醫院名稱：_____，醫事機構代碼：_____		□**未治療**

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行追蹤或確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。

※本服務應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。