

副本

| | | | |
|----|------|-----------|----|
| 查核 | 收文編號 | 日期 | 處理 |
| 行會 | 0311 | 104.12.01 | |

檔號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

機關地址：台北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
聯絡人及電話：郭小姐(02)27065866#1521
電子信箱：

台北市安和路一段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國104年11月30日

發文字號：健保審字第1040036706A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令稿含修正「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定電子檔、發布令掃描檔、法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表電子檔

主旨：「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，業經本署於中華民國一百零四年十一月三十日以健保審字第1040036706號令修正發布，茲檢送發布令（含附件）1份，請查照。

說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心

副本：衛生福利部醫事司、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部中醫藥司、行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署企劃組、本署資訊組（請刊登全球資訊網）、本署臺北業務組（請轉知轄區特約醫事機構，以下同）、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組（均含附件）

衛生福利部中央
健康保險署機要(4)

衛生福利部中央健康保險署

檔 號：

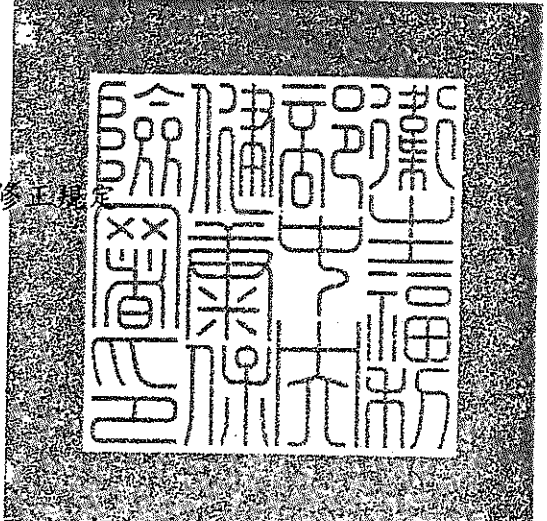
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 令

發文日期：中華民國104年11月30日

發文字號：健保審字第1040036706號

附件：全民健康保險醫療費用審查注意事項部分修正規定



修正「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，並自中華民國一百零五年一月一日起生效。

附修正「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定。

衛生福利部中央
健康保險署長(4)

署長黃三桂

全民健康保險醫療費用審查注意事項部分修正規定

第一部 醫院醫療費用審查注意事項

壹、全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件審查注意事項

二、各科審查注意事項

(二)內科審查注意事項

1. 至 4. 略

5. (1) 至 (17) 略

(18) 透析日期及 EPO 注射紀錄表及洗腎異常動態表供審查參考。(詳附表七、八)

(19) 至 (39) 略

保險人特約醫事服務機構透析日期及EPO注射紀錄表(102/7/23) (105/1/1)

附表七

八十八年元月五日訂定

| 流水 號 | 第一次洗腎 年 月 日 | 姓名 身分證編號 | 出生年月日 年 月 日 | 透析日期 EPO劑量 日期 | 透析日期及注射紀錄 | | | | | | | | | | 檢驗 | | | | | BUN或Cr 值 | 備註 | | | | | | | | |
|---------|----------------|-------------|----------------|---------------------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| | | | | | 日期 | 劑量 | 日期 | 劑量 | 日期 | 劑量 | 日期 | 劑量 | 日期 | 劑量 | 日期 | 劑量 | 日期 | 劑量 | 日期 | | | 劑量 | 日期 | 劑量 | 日期 | 劑量 | 日期 | 劑量 | |
| | | 1 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 2 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 3 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 4 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 6 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 8 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 9 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 10 | 年 月 日 | 日期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 劑量 | | | | | | | | | | | | | | | | 總金額 NTS | | | | | 元整 | | | | |
| | | | | 劑量 | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- 附註：1. CAPD患者註明EPO投予日期即可，並在備註欄寫CAPD。
 2. 本紀錄表請於費用申報時與門診處方及治療明細一併填報。
 3. 限門診洗腎患者申報，住院期間使用者，日期、劑量仍請註明填入，影印一份附於住院醫療費用醫令清單另行申報，不得與門診併計費用。
 4. EPO使用者每次洗腎日均請填明劑量，使用時註明劑量，未使用時以(/)註明。
 5. 用單合計務必填寫清楚。
 6. 流水號欄請依保險人特約醫事服務機構門診處方及治療明細之流水號碼填字。(102/7/23)

洗腎異常動態表 (105/1/1)

民國八十八年元月五日訂定

一、基本資料：_____

醫療院所 _____ 代號 _____

病患姓名 _____ 身份證字號 _____ 流水號 _____

出生 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齡 _____ 開始洗腎日期 _____ 乾體重 _____

二、適應症：

1. 絕對適應症

末期腎病並有 $Ccr \leq 5ml/min$ 血清 $Cr \geq 8mg/dl$

2. 相對適應症：重度慢性腎衰竭且 $Ccr \leq 15ml/min$ 或血清 $Cr \geq 6mg/dl$ ，且有下列任何一樣併發症者

心臟衰竭或肺水腫 心包膜炎 出血傾向

神經症狀：意識障礙、抽搐或末梢神經病變

高血鉀(藥物難以控制) 噁心、嘔吐(藥物難以控制)

惡病體質 重度氮血症($BUN > 100mg/dl$) BUN _____ mg/dl

代謝性血酸(藥物難以控制)

三、檢驗結果

BUN _____ Cr _____ K _____ Na _____ Hct _____ Hb _____ Co_2 _____ (105/1/1)

附X光片或報告

四、洗腎異常理由 _____

醫師簽名 _____ 專科證號 _____

第二部 西醫基層醫療費用審查注意事項

貳、各科審查注意事項

二、內科審查注意事項

(一)至(四)略

(五)其他注意事項：

1. 至 10. 略

11. 透析日期及 EPO 注射紀錄表及洗腎異常動態表供審查參

考。(詳附表六、七)

12. 至 19. 略

附表七

洗腎異常動態表 (105/1/1)

民國八十八年元月五日訂定

一、基本資料：_____

醫療院所 _____ 代號 _____

病患姓名 _____ 身份證字號 _____ 流水號 _____

出生 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齡 _____ 開始洗腎日期 _____ 乾體重 _____

二、適應症：

1. 絕對適應症

末期腎病並有 $Ccr \leq 5ml/min$ 血清 $Cr \geq 8mg/dl$

2. 相對適應症：重度慢性腎衰竭且 $Ccr \leq 15ml/min$ 或血清 $Cr \geq 6mg/dl$ ，且有下列
任何一樣併發症者

心臟衰竭或肺水腫 心包膜炎 出血傾向

神經症狀：意識障礙、抽搐或末梢神經病變

高血鉀(藥物難以控制) 噁心、嘔吐(藥物難以控制)

惡病體質 重度氮血症($BUN > 100mg/dl$) BUN _____ mg/dl

代謝性血酸(藥物難以控制)

三、檢驗結果

BUN _____ Cr _____ K _____ Na _____ Hct _____ Hb _____ Co_2 _____ (105/1/1)

附 X 光片或報告

四、洗腎異常理由 _____

醫師簽名 _____ 專科證號 _____