

正 本

檔 號：

保存年限：

# 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29  
號9樓

承辦人：曾欣怡

電話：(02)2752-7286#122

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：cynthia@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國99年1月15日

發文字號：全醫聯字第0990000078號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

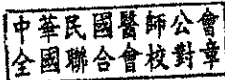
附件：如主旨

主旨：轉知行政院衛生署公告修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」(如附件)，並自99年1月1日起生效，請 查照。

說明：

- 一、依據行政院衛生署99年1月6日署授國字第0981400784號公告副本辦理。
- 二、本公告刊登台灣醫界雜誌及本會網站。

正本：各縣市醫師公會  
副本：



理事長 李明濱

上網誌  
鄭華琴

1990年10月

李國華 吳建明

副本

發文方式：郵寄

編號	收文日期	期	歸檔編號
0123	99.1.08	1900	保存年限

## 行政院衛生署 公告

10688

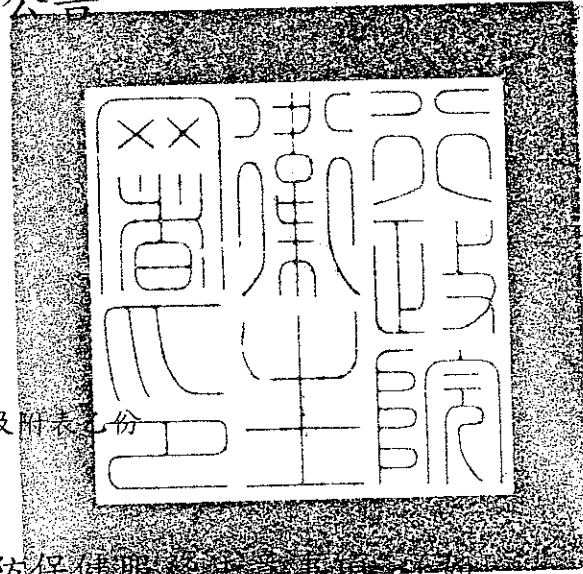
台北市安和路1段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國99年1月6日

發文字號：署授國字第0981400784號

附件：「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」及附表一份



主旨：公告修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」(如附件)，並自中華民國九十九年一月一日起生效。

說明：

一、原九十八年十一月十七日公告之「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」修正以下各點：

(一)修正第三點預防保健服務之補助對象及實施時程：

- 1、第一款兒童預防保健實施時程，補助次數由九次濃縮為七次(本項實施日期為九十九年二月一日起)；
- 2、增訂第四款四十歲以上至未滿四十五歲且其二親等以內血親曾患有乳癌之婦女，每二年補助一次；
- 3、增訂第五款定量免疫法糞便潛血檢查及第六款口腔黏膜檢查；
- 4、第八款增訂原住民且年在五十五歲以上者，每年補助一次(本項實施日期為九十九年七月一日起)。

(二)修正第四點預防保健服務補助項目之第一款兒童預防保健服務身體檢查項目，將原先「視力」，修正為「眼睛」；增訂第五款定量免疫法糞便潛血檢查及第六款口腔黏膜檢查。

(三)修正第五點預防保健服務補助金額如附表一：

- 1、新增低收入戶孕婦可於第七次產檢，接受乙型鏈球菌培養篩檢；
- 2、新增在衛生所執業且完成本署子宮頸抹片採樣訓練之專科醫師，申報費用之代碼及就醫序號；
- 3、新增定量免疫法糞便潛血檢查及口腔黏膜檢查；
- 4、新增五十五歲以上原住民每年補助一次成人預防保健；
- 5、修正各項預防保健服務補助金額、年齡條件、篩檢間隔條件及重複條件之定義。

(四)修正第六點申請辦理預防保健服務醫師之資格條件，刪除專任之限制；並增訂第六及第七款申請辦理定量免疫法糞便潛血檢查及口腔黏膜檢查之醫師資格。

(五)新增第八點辦理口腔黏膜檢查服務者之檢查設備規定。

(六)新增第九點辦理兒童預防保健服務者，應於特約醫事服務機構內執行；並應告知其家長或主要照顧者，及登載各項檢查紀錄於病歷及兒童健康手冊。

(七)修正第十一點，增訂定量免疫法糞便潛血檢查及口腔黏膜檢查社區巡迴之規定。

(八)刪除原第十點，有關衛生所聘請醫師支援相關限制，因第六點已放寬辦理醫師資格，故不限專任醫師。

(九)修正第十二點，增訂特約醫事服務機構應善盡查核補助對象資格；因補助對象醫療需求必須重複接受服務者，應依全民健康保險法申請醫療給付。

(十)修正第十三點，增訂兒童預防保健檢查紀錄表、定量免疫法糞便潛血檢查表及口腔黏膜檢查表、新增附表十五「40歲以上至未滿45歲且其二親等以內血親曾患有乳癌之婦女乳房攝影檢查聲明書」，以及各類檢查表單須留存於病歷之規定。

(十一)修正第十五點，兒童預防保健(本項實施日期為九十九年二月一日起)、定量免疫法糞便潛血檢查及口腔黏膜檢查之檢查與確診結果須傳輸至指定之系統。

(十二)新增第十八點，辦理兒童牙齒塗氟保健服務，應於病歷上記載使用氟化物之種類及濃度。

(十三)新增第二十一點，特約醫事服務機構不得派遣醫師至公、私立老人安養、養護機構、身心障礙福利機構及護理之家提供成人預防保健服務。

(十四)修正第二十三點，增訂特約醫事服務機構辦理預防保健服務，經查有費用申報與病歷記載或服務提供不符、不正當方法招攬民眾提供服務之情事或其他違反醫療相關法規者，本署應追繳費用，並得終止辦理預防保健服務資格。

二、有關兒童預防保健服務修正代碼(16、19、76、79)及就醫序號(IC 16、IC 19、IC 76、IC 79)，自九十九年二月一日實施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，逾期仍未補正者，本署只核付原補助額度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)。

三、本注意事項及附表已登載於本署網站「衛生法令查詢系統」之「行政規則」、本署中央健康保險局「民眾服務」網頁/健康照護指南/預防保健(<http://www.nhi.gov.tw/information/MedicalService/prevent.asp>)及本署國民健康局網站公告區(<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/>)。

四、本注意事項修正規定若有疑義，各項預防保健服務聯絡窗口電話如下：

- (一)孕婦產前檢查及兒童預防保健服務：(04)22550177分機431蔣小姐。
- (二)婦女子宮頸抹片檢查、乳房攝影、定量免疫法糞便潛血檢查及口腔黏膜檢查等項癌症防治服務：(02)29978616分機325張先生。
- (三)兒童牙齒塗氟保健服務：(04)22550177分機321洪小姐。
- (四)成人預防保健服務：(04)22550177分機523劉小姐，55歲以上原住民部分請洽(04)22550177分機511周小姐。
- (五)其他相關疑義：(02)29978616分機532陳小姐。

副本：本署法規委員會、本署全民健康保險小組、中央健康保險局、中央健康保險局高屏分局、中央健康保險局南區分局、中央健康保險局東區分局、中央健康保險局台北分局、中央健康保險局北區分局、中央健康保險局中區分局、直轄市及各縣市政府衛生局、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、行政院衛生署國民健康局成人及中老年保健組、癌症防治組、婦幼及生育保健組、兒童及青少年保健組、企劃小組(以上均含附件)、各辦理預防保健服務醫事服務機構

行政院衛生署國民健康局核對章(三)

署長 楊志良

## 醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項

行政院衛生署95年2月13日署授國字第0951400033號公告訂定

行政院衛生署96年1月5日署授國字第0951400432號公告修正發布

行政院衛生署97年8月12日署授國字第0971400216號公告修正發布

行政院衛生署98年3月12日署授國字第0981400088號公告修正發布

行政院衛生署98年11月17日署授國字第0981400643號公告修正發布

行政院衛生署99年1月6日署授國字第0981400784號公告修正發布

- 一、行政院衛生署（以下簡稱本署）配合全民健康保險預防保健經費改由公務預算支應，預防保健業務由本署國民健康局（以下簡稱健康局）委託中央健康保險局（以下簡稱健保局）辦理，為持續提供此項服務，特訂定本注意事項。
- 二、全民健康保險特約醫事服務機構（以下簡稱特約醫事服務機構）提供第三點所定對象預防保健服務，有關補助醫療費用之申報與核付作業，應依照本注意事項辦理；本注意事項未規定者，比照全民健康保險相關法令之規定。
- 三、提供預防保健服務，其補助對象及實施時程如下：
  - （一）兒童預防保健：
    1. 未滿一歲六個月：補助四次。
    2. 一歲六個月以上至未滿二歲：補助一次。
    3. 二歲以上至未滿三歲：補助一次。
    4. 三歲以上至未滿七歲：補助一次。

(二) 孕婦產前檢查：

1. 妊娠第一期（未滿十七週）：補助二次。
2. 妊娠第二期（十七週至未滿二十九週）：補助二次。
3. 妊娠第三期（二十九週以後）：補助六次。

(三) 婦女子宮頸抹片檢查：三十歲以上，每年補助一次。

(四) 婦女乳房攝影檢查：

1. 四十五歲以上至未滿七十歲，每二年補助一次。
2. 四十歲以上至未滿四十五歲且其二親等以內五親曾患有乳癌之婦女，每二年補助一次。

(五) 定量免疫法糞便潛血檢查：五十歲以上至未滿七十歲者，每二年補助一次。

(六) 口腔黏膜檢查：三十歲以上嚼檳榔或吸菸者，每二年補助一次。

(七) 兒童牙齒塗氟保健服務：未滿五歲兒童，每半年補助一次。

(八) 成人預防保健服務：

1. 四十歲以上未滿六十五歲者，每三年補助一次。
2. 六十五歲以上者，每年補助一次。
3. 罹患小兒麻痺且年在三十五歲以上者，每年補助一次。
4. 五十五歲以上原住民，每年補助一次。

四、提供預防保健服務，其補助之項目如下：



(一) 兒童預防保健：

1. 身體檢查：個人及家族病史查詢、身高、體重、聽力、眼睛、口腔檢查、生長發育評估等。
2. 衛教指導：母乳哺育、營養、幼兒發展、口腔保健、視力保健、事故傷害預防等。

(二) 孕婦產前檢查：

1. 身體檢查：個人及家族病史、個人孕產史查詢、成癮習慣查詢、身高、體重、血壓、胸部、腹部檢查等。
2. 血液檢查及尿液檢查。
3. 超音波檢查：於妊娠第二期提供一次。因特殊情況無法於妊娠第二期檢查者，可改於妊娠第三期提供本項檢查。
4. 衛教指導：孕期生活須知、產前遺傳診斷、營養、生產徵兆、母乳哺育、成癮習慣戒除與轉介等。

(三) 婦女子宮頸抹片檢查：

1. 子宮頸抹片採樣。
2. 骨盆腔檢查。
3. 子宮頸細胞病理檢驗。

(四) 婦女乳房攝影檢查。

(五) 定量免疫法糞便潛血檢查。

(六) 口腔黏膜檢查。

(七) 兒童牙齒塗氟保健服務：

1. 牙醫師專業塗氟服務。
2. 一般性口腔檢查。
3. 衛教指導：使用適量氟化物、定期口腔檢查、餐後潔牙、健康飲食等。

(八) 成人預防保健服務：

1. 身體檢查：個人及家族病史查詢、身高、體重、血壓、脈搏、視力、耳鼻喉及口腔等檢查。
2. 衛教指導：戒菸、戒檳榔、口腔保健、體重控制、飲食與營養及適度運動等。
3. 血液檢查及尿液檢查。

五、各類預防保健服務補助金額如附表一。

六、特約醫事服務機構符合下列資格條件，始得申請辦理預防保健服務：

- (一) 申請辦理兒童預防保健者，應有登記執業之小兒科或家庭醫學科專科醫師。
- (二) 申請辦理孕婦產前檢查者，應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師；如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員。申請辦理產前檢查母乳衛教指導者，應為本署認證之母嬰親善醫療機構。
- (三) 申請辦理子宮頸抹片採樣者，應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師；在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科或家庭醫學科之專科醫師，須先完成

本署核可之子宮頸抹片採樣訓練；如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員。

(四) 申請辦理子宮頸細胞病理檢驗者，應通過本署子宮頸細胞病理診斷單位認證。

(五) 申請辦理婦女乳房攝影檢查者，應通過本署婦女乳房攝影醫療機構認證，或由當地衛生局報經本署核准辦理婦女乳房攝影檢查。

(六) 申請辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務者，應為全民健康保險特約醫院、診所，其檢體應送至經本署認證的糞便潛血檢驗醫事機構(以下簡稱檢驗醫事機構)。

(七) 申請辦理口腔黏膜檢查者，應有登記執業之牙科、耳鼻喉科專科或經本署核可之醫師。

(八) 申請辦理兒童牙齒塗氟保健服務者，應有登記執業之牙科醫師。

(九) 申請辦理成人預防保健服務者，應有登記執業之內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師。

七、特約醫事服務機構申請辦理預防保健業務，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。

八、經本署核可之醫師辦理口腔黏膜檢查服務，至少須具下列檢查設備，始得辦理：

(一) 平躺的檢查床，或能支撐頭部且可調整椅背之檢查躺椅（角度至少可調整至四十五度）。

(二) 口鏡。

(三) 頭燈（或站立式充足的光源）。

九、特約醫事服務機構辦理兒童預防保健服務者，應依下列規定辦理：

(一) 應於特約醫事服務機構內執行。如為特殊情況，得由當地衛生局以專案方式報經健康局核定後辦理。

(二) 執行兒童預防保健服務時，應告知其家長或主要照顧者，並於兒童健康手冊之「兒童預防保健服務檢查紀錄表」及「家長紀錄事項」登載，且依醫療法第六十七條規定登載各項檢查資料於病歷。

十、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保險對象，選擇由特約醫事檢驗機構逕依「成人預防保健服務檢查單」提供之雙軌作業方式辦理。特約醫事檢驗機構提供民眾第一階段檢驗檢查服務後，為提高受檢民眾完成第二階段服務，應依下列規定辦理：

(一) 辦理第一階段檢驗檢查服務後，由受檢民眾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單」。

(二) 向受檢民眾說明第一階段檢驗檢查結果報告會於兩週內，逕寄至選定之特約醫事服務機構，請其同意直接至醫事服務機構索取報告並接受第二階段服務（請受檢民眾填具聲明書，如附表二）。

特約醫事服務機構收到第一階段檢驗檢查結果報告後，應主動聯繫受檢民眾接受第二階段服務。

十一、特約醫事服務機構如申請辦理婦女子宮頸抹片、婦女乳房攝影、定量免疫法糞便潛血檢查與口腔黏膜檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意；如申請辦理成人預防保健社區巡迴服務，應參與當地衛生局報經健康局核定之整合性預防保健服務計畫，並由當地衛生局向健保局報備後辦理。

十二、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，應善盡查核之責，如經查核發現健保卡與本人不符、補助對象資格舉證不實、重複施行、超次使用或其他不符合規定之情事時，所需費用均應自行負擔，不得向本署申報。但補助對象因醫療需求必須重複接受服務者，應依全民健康保險法申請醫療給付。

十三、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，並應於本署所規定之成人預防保健服務檢查單（附表三）、兒童預防保健檢查紀錄表（附表四）、兒童健康手冊、孕婦健康手冊、婦女

子宮頸抹片檢查表(如附表五)、婦女乳房攝影檢查表(如附表六)、定量免疫法糞便潛血檢查表(如附表七)、口腔黏膜檢查表(如附表八)，詳實記載各項資料，各類檢查表單並留存於病歷；醫療院所須要求40歲以上至未滿45歲接受乳房攝影檢查之婦女檢具其二親等以內血親曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件(如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書，如附表十五)，並留存影本於病歷中備查。

十四、特約醫事服務機構應將檢查結果通知保險對象；如檢查之結果無法判讀，應通知其複檢；如發現需追蹤治療之病症時，應通知其治療或將其轉介至適當醫療機構治療。

十五、特約醫事服務機構應於提供各項預防保健服務日之次月一日起六十日內，依下列規定，於網路向本署詳實申報資料：

(一) 辦理兒童預防保健服務者，應將一歲半至二歲、三歲至七歲之兒童預防保健服務檢查結果，傳輸至健康局指定之系統或登錄於健康局指定之網頁，內容及格式如附表九。

(二) 辦理子宮頸細胞病理檢驗者，應另申報婦女子宮頸抹片檢查表及所有子宮頸病理切片之相關資料。

(三) 辦理婦女乳房攝影檢查者，應另申報婦女乳房攝影檢查表、婦女乳房攝影檢查異常個案報告表（附表十）及婦女乳房攝影檢查陽性個案追蹤表（附表十一，限篩檢個案）等相關資料。

(四) 辦理定量免疫法糞便潛血檢查者，應透過其檢驗部門或委託代檢之檢驗醫事機構，將定量免疫法糞便潛血檢查結果與確診結果傳輸至本署指定之系統，內容及格式如附表十二。

(五) 辦理口腔黏膜檢查者，應將口腔黏膜檢查結果與確診結果傳輸至本署指定之系統，內容及格式如附表十三。

(六) 辦理成人預防保健服務者，應將成人預防保健服務檢查結果傳輸至健保局系統或登錄於健保局網頁，內容及格式如附表十四。

逾期未申報相關資料或申報之資料不完整、不正確，經通知限期補正，逾期仍未補正者，本署不予核付費用。

十六、特約醫事服務機構應自提供各項預防保健服務之日起二年內，向健保局申報費用，逾期未申報者，本署不予核付費用。

十七、特約醫事服務機構辦理子宮頸抹片採樣或子宮頸細胞病理檢驗，其品質經抽查未達本署所訂之標準，經通

知限期改善，逾期仍未改善者，本署得依下列原則不予核付費用：

(一) 特約辦理子宮頸抹片採樣之醫事服務機構，如連續二年統計難以判讀率未達標準，依該機構難以判讀率扣掉本署所定之標準後，乘以當年該機構所有抹片量，為不予核付之抹片量。

(二) 特約辦理子宮頸細胞病理檢驗之醫事服務機構，如連續二年抽審品質未達標準，依該機構被抽查良好或尚可抹片經複閱為難以判讀比率扣掉本署所定之標準後，乘以當年該機構所有良好或尚可抹片量，為不予核付之抹片量。

十八、特約醫事服務機構辦理兒童牙齒塗氟保健服務，應於病歷上記載使用氟化物之種類，且氟濃度至少應為8500ppm以上，違反規定者，本署不予核付費用。

十九、特約醫事服務機構辦理成人預防保健服務，其二階段服務間隔時間不得超過六個月，違反規定者，本署不予核付第二階段服務之費用。

二十、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，如因其他醫療需求提供超過第三點及第四點所定項目及次數，則非屬健康局補助預防保健服務範圍。

二十一、特約醫事服務機構不得派遣醫師至公、私立長期照護機構及安養機構、身心障礙福利機構及護理之家提



供成人預防保健服務，違反規定者，不予核付該服務之費用。

二十二、健康局及健保局對於辦理預防保健服務特約醫事服務機構得實施不定期之查核與輔導。

二十三、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，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、各項預防保健服務手冊表單、檢查結果之記載、登錄上傳虛偽不實、不正當方法招攬民眾提供服務之情事或其他違反醫療相關法規者，本署應追繳費用，並得終止辦理預防保健服務資格。



## 【附表一】

## 行政院衛生署預防保健服務補助金額

## 一、兒童預防保健

(單位：元)

代碼	就醫 序號	補助時程		建議 年齡	服務項目	補助 金額
11	IC11	出生至 二個月	第一次	一個月	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔、對聲音之反應、唇顎裂、心雜音、疝氣、隱睪、外生殖器、髖關節運動。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：驚嚇反應、注視物體。	250
12	IC12	二至四 個月	第二次	二至三 個月	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔及固視能力、心雜音、肝脾腫大、髖關節運動。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：抬頭、手掌張開、對人微笑。	250
13	IC13	四至十 個月	第三次	四至九 個月	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位瞳孔及固視能力、 <u>疝氣、隱睪、外生殖器</u> 、對聲音之反應、心雜音、口腔檢查。 2.問診項目：餵食方法、副食品添加。 3.發展診察：翻身、伸手拿東西、對聲音敏銳、 <u>用手拿開蓋在臉上的手帕(四至八個月)</u> 、會爬、扶站、表達“ <u>再見</u> ”、發 <u>ㄚ</u> 、 <u>ㄇ</u> 音(八至九個月)。	250
15	IC15	<u>十個月至一歲半</u>	第四次	<u>十個月至一歲半</u>	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔、 <u>疝氣、隱睪、外生殖器</u> 、對聲音反應、 <u>心雜音</u> 、口腔檢查。 2.問診項目：固體食物。 3.發展診察：站穩、扶走、手指拿物、聽懂簡單句子。	250

代碼	就醫序號	補助時程		建議年齡	服務項目	補助金額
16	IC16	一歲半至二歲	第五次	一歲半至二歲	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位【須做斜弱視檢查之遮蓋測試】、角膜、瞳孔、對聲音反應、口腔檢查。 2.問診項目：固體食物。 3.發展診察：會走、手拿杯、模仿動作、說單字、瞭解口語指示、肢體表達、分享有趣東西、物品取代玩具。	320
17	IC17	二至三歲	第六次	二至三歲	1.身體檢查：身長、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查、心雜音。 2.發展診察：會跑、脫鞋、拿筆亂畫、說出身體部位名稱。	250
19	IC19	三至未滿七歲	第七次	三至未滿七歲	1.身體檢查：身長、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查【得做亂點立體圖】、心雜音、外生殖器、口腔檢查。 2.發展診察：會跳、會蹲、畫圓圈、翻書、說自己名字、瞭解口語指示、肢體表達、說話清楚、辨認形狀或顏色 ※入學前需完成本次檢查，並繳驗該次檢查記錄表，供學校健康管理。 ※預防接種是否完整 日常活動是否需要限制，有心臟病、氣喘病患者，體育課須限制劇烈運動，此可供入學後之參考。	320
71	IC71	出生至二個月	第一次	一個月	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔、對聲音之反應、唇顎裂、心雜音、疝氣、隱睪、外生殖器、髖關節運動。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：驚嚇反應、注視物體。 4.限基層醫療院所申報。	250
72	IC72	二至四個月	第二次	二至三個月	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔及固視能力、心雜音、肝脾	250

代碼	就醫 序號	補助時程		建議 年齡	服務項目	補助 金額
					<p>腫大、髖關節運動。</p> <p>2.問診項目：餵食方法。</p> <p>3.發展診察：抬頭、手掌張開、對人微笑。</p> <p>4.限基層醫療院所申報。</p>	
73	IC73	四至十 個月	第三次	四至九 個月	<p>1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位瞳孔及固視能力、<u>疝氣、隱睾、外生殖器</u>、對聲音之反應、心雜音、口腔檢查。</p> <p>2.問診項目：餵食方法、副食品添加。</p> <p>3.發展診察：翻身、伸手拿東西、對聲音敏銳、<u>用手拿開蓋在臉上的手帕(四至八個月)</u>、<u>會爬、扶站、表達“再見”</u>、<u>發ㄅ、ㄇ音(八至九個月)</u>。</p> <p>4.限基層醫療院所申報。</p>	250
75	IC75	十個月 至一歲 半	第四次	十個月 至一歲 半	<p>1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔、<u>疝氣、隱睾、外生殖器</u>、對聲音反應、<u>心雜音</u>、口腔檢查。</p> <p>2.問診項目：固體食物。</p> <p>3.發展診察：站穩、扶走、手指拿物、聽懂簡單句子。</p> <p>4.限基層醫療院所申報。</p>	250
76	IC76	一歲半 至二歲	第五次	一歲半 至二歲	<p>1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位【<u>須做斜弱視檢查之遮蓋測試</u>】、角膜、瞳孔、對聲音反應、口腔檢查。</p> <p>2.問診項目：固體食物。</p> <p>3.發展診察：會走、手拿杯、模仿動作、<u>說單字、瞭解口語指示、肢體表達、分享有趣東西、物品取代玩具</u>。</p> <p>4.限基層醫療院所申報。</p>	320

代碼	就醫序號	補助時程		建議年齡	服務項目	補助金額
77	IC77	二至三歲	第六次	二至三歲	1.身體檢查：身長、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查、心雜音。 2.發展診察：會跑、脫鞋、拿筆亂畫、說出身體部位名稱。 3.限基層醫療院所申報。	250
79	IC79	三至未滿七歲	第七次	三至未滿七歲	1.身體檢查：身長、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查【得做亂點立體圖】、心雜音、外生殖器、口腔檢查。 2.發展診察： <u>會跳、會蹲、畫圓圈、翻書、說自己名字、瞭解口語頭指示、肢體表達、說話清楚、辨認形狀或顏色。</u> 3.限基層醫療院所申報。 ※入學前需完成本次檢查，並繳驗該次檢查記錄表，供學校健康管理。 ※預防接種是否完整 日常活動是否需要限制，有心臟病、氣喘病患者，體育課須限制劇烈運動，此可供入學後之參考。	320

※兒童預防保健服務修正代碼(16、19、76、79)及就醫序號(IC16、IC19、IC76、IC79)，自99年2月1日起至99年6月30日止，逾期未申報相關資料或申報之資料不完整、不正確，經通知限期補正，逾期仍未補正者，將只給付原補助額度250元(即核扣70元)；自99年7月1日起，未依規定傳輸資料且未補正者，不予核付費用(即核扣320元)。

註：有關年齡條件及重複條件之定義如下：

- 1.年齡條件：醫令代碼11-13、15、71-73、75：0≤就醫年月-出生年月≤18  
醫令代碼16、76：18≤就醫年月-出生年月≤24  
醫令代碼17、77：24≤就醫年月-出生年月≤36  
醫令代碼19、79：36≤就醫年月-出生年月≤96

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

## 二、孕婦產前檢查

(單位：元)

代碼		就醫序號		補助時程	檢查項目	補助金額		
醫療院所	助產所	醫療院所	助產所			醫療院所	助產所	
41	51	IC41	IC51	妊娠第一期 (妊娠未滿 17週)	1. 於妊娠第六週或第一次檢查須包括下列檢查項目 (1) 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 (2) 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 (3) 實驗室檢驗：血液常規(WBC、RBC、PLT、HCT、HB、MCV)、血型、RH因子、VDRL、Rubella IgG (惟因特殊情況無法於本次檢查者，可於第五次孕婦產前檢查時接受本項檢查。)及尿液常規。 2. 例行產檢	600 (不含 Rubella IgG)	540 (不含 Rubella IgG)	
42	52	IC42	IC52		第二次	例行產檢	200	160
43	53	IC43	IC53	妊娠第二期 (妊娠17週 至未 滿29週)	1. 例行產檢 2. 於妊娠20週前後提供一次超音波檢查(惟因特殊情況無法於本期檢查，可改於妊娠第三期接受本項檢查) 3. 早產防治衛教指導	200 (不含 超音波)	160 (不含 超音波)	
44	54	IC44	IC54		第四次	例行產檢	200	160
45	55	IC45	IC55	第五次	1. 例行產檢 2. 於妊娠32週前後提供、HBsAG、HBeAG、VDRL等實驗室檢驗	400	360	
46	56	IC46	IC56	妊娠第三期 (妊娠29週 以上)	第六次	例行產檢	200	160
47	57	IC47	IC57		第七次	例行產檢	200	160
48	58	IC48	IC58		第八次	例行產檢	200	160
49	59	IC49	IC59		第九次	例行產檢	200	160
50	60	IC50	IC60		第十次	例行產檢	200	160
61	62	IC41 ~ IC50	IC51 ~ IC60	超音波檢查：於妊娠第二期提供一次超音波檢查，惟因特殊情況無法於該期檢查，可改於妊娠第三期接受本項檢查。		350	330	
63		IC41 ~ IC50		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。限本署認證之母嬰親善醫療機構始得申報。		20		
64	65	IC41 、 IC45	IC51 、 IC55	Rubella IgG實驗室檢驗		200	180	

66	67	IC47	IC57	乙型鏈球菌培養篩檢，限低收入戶始得申報。	400	360
----	----	------	------	----------------------	-----	-----

註：

1. 本注意事項所稱例行產檢內容包括：
  - (1)問診內容：本胎不適症狀如水腫、靜脈曲張、出血、腹痛、頭痛、痙攣等。
  - (2)身體檢查：體重、血壓、腹長(宮底高度)、胎心音、胎位。
  - (3)實驗室檢查：尿蛋白、尿糖。
2. 助產所之實驗室檢查及超音波檢查，應委託其他辦理全民健康保險預防保健服務之特約醫院、診所或指定醫事檢驗機構辦理，並委由上開特約醫院、診所判讀結果。
3. 母嬰親善醫療機構產前檢查個案，每次產檢增加20元。
4. 提供低收入戶孕婦於第七次產檢，接受乙型鏈球菌培養篩檢。
5. 有關性別條件之定義如下：性別為女性。



### 三、婦女子宮頸抹片檢查

(單位：元)

代碼	就醫序號	補助時程	服務項目	補助金額
31	IC31	30歲以上每年乙次 (醫療院所)	1.子宮頸抹片採樣 2.骨盆腔檢查	230
35	IC35	30歲以上每年乙次 (助產所)	子宮頸抹片採樣	120
37	IC37	30歲以上每年乙次 (衛生所執業，執業登記非屬 婦產科或家庭醫學科之醫師)	子宮頸抹片採樣(未含骨 盆腔檢查)	175
33	IC31	30歲以上每年乙次	子宮頸細胞病理檢驗	200

註：

1. 有關性別、年齡條件及篩檢間隔條件之定義如下：

(1) 性別為「女性」；

(2) 年齡與間隔時間皆以「年份」做檢核條件：

a. 年齡條件定義為「就醫年－出生年 $\geq$ 30」；

b. 篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年 $\geq$ 1」。

2. 衛生所申報子宮頸抹片採樣費用(代碼37)之條件如下：

在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科或家庭醫學科之醫師，須先完成本署核可之子宮頸抹片採樣訓練。

3. 申報子宮頸細胞病理檢驗費用之條件如下：

(1) 子宮頸抹片細胞病理診斷單位及檢驗人員每人每年工作量，應符合本署「子宮頸細胞病理診斷單位認證原則」之規定，惟年度結算，超出年規定工作總量十分之一，則超量部分不予核付費用。

(2) 子宮頸細胞病理檢驗費應由通過認證之子宮頸細胞病理診斷單位申報。

#### 四、婦女乳房攝影檢查

(單位：元)

代碼	就醫序號	補助時程	服務項目	補助金額
91	IC91	45 歲以上至未滿 70 歲之婦女，每二年乙次。	乳房 X 光攝影	1,245
93	IC93	40 歲以上至未滿 45 歲且其二親等以內血親曾患有乳癌之婦女，每二年乙次。	乳房 X 光攝影	1,245

註：有關性別、篩檢間隔及年齡條件之定義如下：

1. 性別為「女性」；
2. 篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年－前次就醫年 $\geq 2$ 」；
3. 補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為：
  - (1)代碼 91 之年齡條件為「 $45 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 70$ 」；
  - (2)代碼 93 之年齡與資格為「 $40 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 44$ 」，醫療院所須要求受檢婦女檢具其二親等以內血親曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件（如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書），並留存影本於病歷中備查。

## 五、定量免疫法糞便潛血檢查

(單位：元)

代碼	就醫 序號	補助時程	服務項目	補助 金額
85	IC85	50歲以上至未滿70歲者，每二年 乙次	定量免疫法糞便潛血檢查 (註2)	90
86	IC85	定量免疫法糞便潛血檢查服務品質(註3)		20

註：

1. 有關年齡與間隔時間皆以「年份」做檢核條件：
  - (1) 年齡條件定義為「 $50 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 70$ 」；
  - (2) 篩檢間隔條件為「當次就醫年 - 前次就醫年  $\geq 2$ 」。
2. 定量免疫法糞便潛血檢查：
  - (1) 經本署認可辦理定量免疫法糞便潛血檢驗醫事機構之名單，將公告於健康局網站。
  - (2) 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署認證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。
  - (3) 代碼85之補助金額含提供民眾保存液之採便管、相關行政、醫院通過認證的檢驗單位或委託檢驗醫事機構辦理本項檢驗與資料申報等費用。
3. 辦理定量免疫法糞便潛血檢查之健保特約醫院、診所經評符合下列三項指標(資料來源為健康局癌症篩檢系統)者，每案定量免疫法糞便潛血檢查增加20元(名單將公告於健康局網站，名單內之醫院、診所方能向健保局申報該費用)：
  - (1) 完整申報篩檢個案「健康行為」達95%；
  - (2) 篩檢陽性個案電話追蹤和申報至少達95%，且兩個月內接受後續大腸鏡確診率至少達50%；
  - (3) 篩檢陽性個案追蹤結果為「無法聯繫」、「出國」及「搬家」者小於10%。

## 六、口腔黏膜檢查

(單位：元)

代碼	就醫序號	補助時程	服務項目	補助金額
95	IC95	30歲以上嚼檳榔或吸菸者， 每二年乙次	口腔黏膜檢查	70
96	IC95	口腔黏膜檢查服務品質(註2)		20

註：

- 有關身分、年齡條件及篩檢間隔條件之定義如下：
  - 受檢者身分需為嚼檳榔或吸菸民眾；
  - 年齡與間隔時間皆以「年份」做檢核條件；
    - 年齡條件定義為「就醫年-出生年 $\geq 30$ 」；
    - 篩檢間隔條件為「當次就醫年-前次就醫年 $\geq 2$ 」。
- 口腔粘膜炎檢查醫療機構經評符合下列三項指標(資料來源為健康局癌症篩檢系統)者，每案口腔粘膜炎檢查增加20元(醫療機構名單將公告於健康局網站，名單內之醫療機構方能申報)：
  - 完整申報篩檢個案「健康行為」達95%；
  - 篩檢陽性個案電話追蹤和申報至少達95%，且兩個月內接受後續確診至少達50%；
  - 篩檢陽性個案追蹤結果為「無法聯繫」、「出國」及「搬家」者小於10%。

## 七、兒童牙齒塗氟保健服務

(單位：元)

代碼	就醫序號	補助時程	服務項目	補助金額
81	IC81	未滿5歲，每半年補助一次	氟化防齲處理 (包括牙醫師專業塗氟處理、一般性口腔檢查、衛生教育)	500

註：

- 有關年齡條件及篩檢間隔條件之定義如下：
 

就醫年月日-出生年月日 $\leq 5*365+1$ ，  
當次就醫年月日-前次就醫年月日 $\geq 180$
- 應於病歷上記載使用氟化物之種類，且氟濃度至少應為8,500PPM以上，違反規定者，本署不予核付費用。

## 八、成人預防保健服務

(單位：元)

代碼	就醫序號	給付時程	服務項目	補助金額
21	IC21	40 歲以上未滿 65 歲者，每三年補助乙次	第一階段 1.受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥及健康行為。 2.血液檢查：血液常規檢查、白蛋白、球蛋白、GOT、GPT、血糖、膽固醇、三酸甘油酯、尿素氮、肌酸酐、尿酸。 3.尿液檢查：尿液常規檢查。	300
23	IC21		第二階段 1.第一階段之檢驗結果判讀。 2.身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、乳房觸診、腹部檢查、直腸肛診、四肢檢查。 3.衛教指導：戒菸、戒酒、戒檳榔、事故傷害預防、口腔保健、體重控制、飲食與營養、女性子宮頸抹片檢查、適度運動。	220
22	IC22	65歲以上者，每年補助乙次	第一階段 1.受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥及健康行為。 2.血液檢查：血液常規檢查、白蛋白、球蛋白、GOT、GPT、血糖、膽固醇、三酸甘油酯、尿素氮、肌酸酐、尿酸。 3.尿液檢查：尿液常規檢查。	300
24	IC22		第二階段 1.第一階段之檢驗結果判讀。 2.身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、乳房觸診、腹部檢查、直腸肛診、四肢檢查。 3.衛教指導：戒菸、戒酒、戒檳榔、事故傷害預防、口腔保健、體重控制、飲食與營養、女性子宮頸抹片檢查、適度運動。	220
25	IC23	罹患小兒麻痺且年在35歲以上者，每年補助乙次	第一階段 1.受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥及健康行為。 2.血液檢查：血液常規檢查、白蛋白、球蛋白、GOT、GPT、血糖、膽固醇、三酸甘油酯、尿素氮、肌酸酐、尿酸。 3.尿液檢查：尿液常規檢查。	300

代碼	就醫序號	給付時程	服務項目	補助金額
26	IC23		第二階段 1.第一階段之檢驗結果判讀。 2.身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、乳房觸診、腹部檢查、直腸肛診、四肢檢查。 3.衛教指導：戒菸、戒酒、戒檳榔、事故傷害預防、口腔保健、體重控制、飲食與營養、女性子宮頸抹片檢查、適度運動。	220
27	IC24		第一階段 1.受檢者應先填寫「成人預防保健服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥及健康行為。 2.血液檢查：血液常規檢查、白蛋白、球蛋白、GOT、GPT、血糖、膽固醇、三酸甘油酯、尿素氮、肌酸酐、尿酸。 3.尿液檢查：尿液常規檢查。	300
28	IC24	身分別為原住民且55歲以上未滿65歲，每年補助乙次	第二階段 1.第一階段之檢驗結果判讀。 2.身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、乳房觸診、腹部檢查、直腸肛診、四肢檢查。 3.衛教指導：戒菸、戒酒、戒檳榔、事故傷害預防、口腔保健、體重控制、飲食與營養、女性子宮頸抹片檢查、適度運動。	220

※新增之成人預防保健服務代碼(27-28)及就醫序號(IC24)自99年7月1日起開始實施。  
備註：

- 血液常規檢查包括白血球計算、紅血球計算、血小板計算、血色素等。
- 尿液常規檢查包括酸鹼度、蛋白質、葡萄糖、潛血、外觀、紅血球、白血球、上皮細胞、圓柱體、細菌等。
- 視力包括左、右眼裸眼及左、右眼矯正視力。
- 所定金額包括醫師診察、身體檢查(含女性乳房觸診等)、衛教指導、結果判讀、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、建築及設備等雜項支出)，申報費用時應檢附檢查結果電子資料檔。
- 55~64歲之原住民須出示戶口名簿，提供醫事服務機構驗證；醫事服務機構驗證後須於病歷上登載「原住民」身份別備查。
- 有關年齡條件篩檢間隔條件及兩階段間隔條件之定義如下：  
 醫令代碼 21、23：40≤就醫年-出生年≤64  
 醫令代碼 21：當次就醫年-前次就醫年≥3  
 醫令代碼 23：當次就醫年-前次就醫年≥2  
 醫令代碼 22、24：就醫年-出生年≥65  
 醫令代碼 22：當次就醫年-前次就醫年≥1  
 醫令代碼 25、26：就醫年-出生年≥35

醫令代碼 25：當次就醫年-前次就醫年 $\geq$ 1

醫令代碼 27、28：55 $\leq$ 就醫年-出生年 $\leq$ 64

醫令代碼 27：當次就醫年-前次就醫年 $\geq$ 1

0 $\leq$ 「23」執行年月-「21」執行年月 $\leq$ 6

0 $\leq$ 「24」執行年月-「22」執行年月 $\leq$ 6

0 $\leq$ 「26」執行年月-「25」執行年月 $\leq$ 6

0 $\leq$ 「28」執行年月-「27」執行年月 $\leq$ 6





【附表二】

成人預防保健服務雙軌作業方式聲明書

我已經瞭解成人預防保健服務雙軌作業方式，並願意遵行下列事項：

- 我同意接受第一階段檢驗檢查服務後，於「成人預防保健服務檢查單」上註明執行第二階段服務之特約醫事服務機構名稱及住址。
  
- 第一階段檢驗檢查結果報告會於兩週內，逕寄至我選定之特約醫事服務機構，我必須直接至醫事服務機構索取報告並接受第二階段服務。

民眾或家屬簽名：

時間： 年 月 日



【附表三】

成人預防保健服務檢查單

第一階段日期： 年 月 日

第二階段日期： 年 月 日

- 如果您年齡為四十歲且未滿六十五歲，最近三年是否曾接受過成人預防保健服務？  
 否  是，請簽名或蓋章(手印)：\_\_\_\_\_
  - 如果您是三十五歲以上小兒麻痺保險對象、五十五歲至六十四歲原住民或六十五歲以上者，今年是否曾接受過成人預防保健服務？  
 否  是，請簽名或蓋章(手印)：\_\_\_\_\_
- ※請注意，成人預防保健服務給付時程為：  
 四十歲以上未滿六十五歲者，每三年補助一次；五十五歲至六十四歲原住民、六十五歲以上者，每年補助一次；罹患小兒麻痺且年在三十五歲以上者，每年補助一次。受檢對象如重複或超次施行者，其費用由受檢對象自行負擔。
- 如果您到本院所就醫，並同時接受成人預防保健服務，請填寫本項：  
 本人同意於本次就醫時，同時接受成人預防保健服務。請簽名或蓋章(手印)：  
 下列紅框內之欄位請醫護人員協助受檢人於檢查前先行詳細填寫，以供醫師參考。

基本資料	身份證號	姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生日	民國前/後 年 月 日 ( 足歲)	電話	( )
	地址	縣(市) _____ 鄉鎮市區 _____ 村里 _____ 鄰 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 _____		
疾病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 高血脂症 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸道疾病 <input type="checkbox"/> 攝護腺癌 <input type="checkbox"/> 攝護腺肥大 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
長期服藥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病因：_____			
家族疾病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 攝護腺肥大 <input type="checkbox"/> 高血脂症 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 攝護腺癌 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
健康行為	<ol style="list-style-type: none"> <li>最近半年來，您吸菸的情形是：  <input type="checkbox"/> 不吸菸    <input type="checkbox"/> 朋友敬菸或應酬才吸菸    <input type="checkbox"/> 平均一天約吸一包菸(含以下)  <input type="checkbox"/> 平均一天約吸一包菸以上。</li> <li>最近半年來，您喝酒的情形是：  <input type="checkbox"/> 不喝酒    <input type="checkbox"/> 偶爾喝酒或應酬才喝    <input type="checkbox"/> 經常喝酒</li> <li>最近半年來，您嚼檳榔的情形是：  <input type="checkbox"/> 不嚼檳榔    <input type="checkbox"/> 偶爾會嚼或應酬才嚼    <input type="checkbox"/> 經常嚼或習慣在嚼。</li> <li>最近半年來，您運動(指一次運動至少20分鐘以上)的情形是：  <input type="checkbox"/> 不運動    <input type="checkbox"/> 偶爾運動    <input type="checkbox"/> 每週運動三至五次。</li> <li>您開汽車(或騎機車)嗎？<input type="checkbox"/> 都沒有    <input type="checkbox"/> 開汽車    <input type="checkbox"/> 騎機車。            【回答都沒有者，請跳答第6題】            您使用安全帶或戴安全帽的情形是：<input type="checkbox"/> 不用    <input type="checkbox"/> 偶而用    <input type="checkbox"/> 每次用。            當您參加應酬喝酒後，您會 <input type="checkbox"/> 自己開(騎)車回家    <input type="checkbox"/> 搭車回家。</li> <li>您是否有早晚刷牙的習慣？<input type="checkbox"/> 幾乎不刷    <input type="checkbox"/> 只有早上刷一次  <input type="checkbox"/> 早、晚各刷一次    <input type="checkbox"/> 早、晚及三餐後各刷一次。</li> <li>您今年是否接受過子宮頸抹片檢查？(男性免答) <input type="checkbox"/> 否    <input type="checkbox"/> 是。</li> <li>您是否有每天喝牛奶的習慣？<input type="checkbox"/> 否    <input type="checkbox"/> 是。</li> <li>您是否有每天至少吃三碟蔬菜及兩個水果？<input type="checkbox"/> 否    <input type="checkbox"/> 是。</li> </ol>			

※受檢對象如有任何不適異狀、曾患疾病或目前病症，務必於問診時詳細告知醫師。  
 第一聯 特約醫院、診所通知保險對象檢查結果聯。  
 第二聯 特約醫院、診所留存聯(本資料請留存於病歷)。

身 體 檢 查	身高：_____公分      體重：_____公斤      理想體重：_____公斤 血壓：_____ / _____ mmhg      脈搏：_____次      是否規則： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 眼睛 右眼裸眼視力：_____      左眼裸眼視力：_____ 右眼矯正視力：_____      左眼矯正視力：_____ 耳鼻喉及口腔 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 齶齒 <input type="checkbox"/> 牙結石或牙周病 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜病變 <input type="checkbox"/> 其他 頸部 淋巴腺腫大： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無      甲狀腺腫大： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 胸    部： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 心臟聽診： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 左側乳房： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 右側乳房： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 腹    部： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 直腸肛診： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 四    肢： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 其他異常：_____
實 驗 室 檢 查	尿液檢查 酸鹼度：_____ (參考值：_____)      紅血球：_____個/HPF (參考值：_____) 蛋白質：_____mg/dl (參考值：_____)      白血球：_____個/HPF (參考值：_____) 葡萄糖：_____g/dl (參考值：_____)      上皮細胞：_____個/HPF (參考值：_____) 潛    血：_____ (參考值：_____)      圓柱體：_____個/HPF (參考值：_____) 外    觀：_____      細    菌：_____         血液檢查 白血球：_____ / $\mu$ l (參考值：_____)      紅血球：_____ $\times 10^6$ / $\mu$ l (參考值：_____) 血色素：_____ g / dl (參考值：_____)      血小板：_____ $\times 10^3$ / $\mu$ l (參考值：_____)         生化檢查 白蛋白：_____ g % (參考值：_____)      膽固醇：_____ mg % (參考值：_____) 球蛋白：_____ g % (參考值：_____)      三酸甘油脂：_____ mg % (參考值：_____) AST(GOT)：_____ IU/L (參考值：_____)      尿素氮：_____ mg % (參考值：_____) ALT(GPT)：_____ IU/L (參考值：_____)      肌酸酐：_____ mg % (參考值：_____) 血    糖：_____ mg % (參考值：_____)      尿    酸：_____ mg % (參考值：_____)
衛 教 指 導	<input type="checkbox"/> 不良嗜好戒除： <input type="checkbox"/> 1. 戒菸 <input type="checkbox"/> 2. 戒酒 <input type="checkbox"/> 3. 戒檳榔 <input type="checkbox"/> 事故傷害預防 <input type="checkbox"/> 口腔保健 <input type="checkbox"/> 體重控制 <input type="checkbox"/> 飲食與營養 <input type="checkbox"/> 子宮頸抹片檢查 <input type="checkbox"/> 適度運動
檢 查 結 果 與 建 議	身體檢查部分：  實驗室檢查部分 尿液檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，定期 _____ 個月追蹤 <input type="checkbox"/> 建議進一步檢查 <input type="checkbox"/> 建議接受治療 血液檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，定期 _____ 個月追蹤 <input type="checkbox"/> 建議進一步檢查 <input type="checkbox"/> 建議接受治療 肝    功    能： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，定期 _____ 個月追蹤 <input type="checkbox"/> 建議進一步檢查 <input type="checkbox"/> 建議接受治療 血    糖： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，定期 _____ 個月追蹤 <input type="checkbox"/> 建議進一步檢查 <input type="checkbox"/> 建議接受治療 血    脂    肪： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，定期 _____ 個月追蹤 <input type="checkbox"/> 建議進一步檢查 <input type="checkbox"/> 建議接受治療 腎    功    能： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，定期 _____ 個月追蹤 <input type="checkbox"/> 建議進一步檢查 <input type="checkbox"/> 建議接受治療 尿    酸： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，定期 _____ 個月追蹤 <input type="checkbox"/> 建議進一步檢查 <input type="checkbox"/> 建議接受治療
特約醫事服務機構名稱及代號 (蓋章)      檢查醫師簽名 (蓋章)	

※受檢對象如為特約醫事檢驗機構逕依本檢查單提供第一階段檢驗檢查服務者，其自行選定第二階段服務的特約醫事服務機構名稱：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

## 【附表四】

## 【1.5 至 2 歲】兒童預防保健檢查紀錄表

就醫日期： 年 月 日

基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	
	出生日期	____年____月____日(年齡____歲____月)			聯絡電話	
	現住地址	____縣市____鄉鎮市區____村里____鄰____路街____段____巷____弄____號____樓				
身長/身高	____公分( 百分位)	體重	____公斤( 百分位)	頭圍	____公分( 百分位)	
健康評估及建議處置	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 需注意或異常項目 ↳ <input type="checkbox"/> 生長評估： <input type="checkbox"/> 建議定期追蹤 <input type="checkbox"/> 建議轉介，進一步檢查 <input type="checkbox"/> 身體檢查： <input type="checkbox"/> 建議定期追蹤 <input type="checkbox"/> 建議轉介，進一步檢查 <input type="checkbox"/> 發展評估： <input type="checkbox"/> 建議定期追蹤 <input type="checkbox"/> 建議轉介，進一步檢查					
需注意或異常項目	生長評估	<input type="checkbox"/> 身高問題 <input type="checkbox"/> 體重問題 <input type="checkbox"/> 頭圍問題				
	身體檢查	<input type="checkbox"/> 一般檢查：_____ <input type="checkbox"/> 眼睛檢查 <input type="checkbox"/> 對聲音反應 <input type="checkbox"/> 口腔檢查				
	發展異常題項	<input type="checkbox"/> 動作 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 社會情緒 <input type="checkbox"/> 其他				
		家長紀錄事項「發展狀況」異常題項				
		A1.能由大人牽手或自扶欄杆上樓嗎？ <input type="checkbox"/>				
		A2.會自己爬進椅子坐好嗎？ <input type="checkbox"/>				
		A3.會說5個以上有意義的單字了嗎？ <input type="checkbox"/>				
		A4.會指出至少三個身體部位嗎？例如：眼睛、嘴巴、手。 <input type="checkbox"/>				
		A5.會聽從簡單的口頭指令嗎？例如：「拿去給哥哥」、「去拿鞋鞋」。 <input type="checkbox"/>				
		A6.會模仿大人使用家裡的用具或做家事嗎？例如：聽電話、拿梳子梳頭、拿布擦桌子。 <input type="checkbox"/>				
A7.會用肢體動作表達嗎？例如：點頭謝謝、揮手再見。 <input type="checkbox"/>						
A8.會用手去指有趣的東西，與別人分享嗎？ <input type="checkbox"/>						
A9.玩遊戲時會用相似物品取代正確的玩具嗎？例如：拿積木當汽車 <input type="checkbox"/>						
健保卡就醫序號				特約醫事機構代碼		

註：本紀錄表填表方式請參照「兒童預防保健檢查紀錄電子檔申報格式」；並留存乙份於病歷。

**【3至7歲】兒童預防保健檢查紀錄表**

就醫日期： 年 月 日

<b>基本資料</b>	<b>姓名</b>		<b>性別</b>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<b>身分證字號</b>		
	<b>出生日期</b>	___年___月___日(年齡___歲___月)			<b>聯絡電話</b>		
	<b>現住地址</b>	___縣市___鄉鎮市區___村里___鄰___路街___段___巷___弄___號___樓					
<b>身長/身高</b>	___公分 ( 百分位)	<b>體重</b>	___公斤 ( 百分位)				
<b>健康評估及建議處置</b>	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 需注意或異常項目 ↳ <input type="checkbox"/> 生長評估： <input type="checkbox"/> 建議定期追蹤 <input type="checkbox"/> 建議轉介，進一步檢查 <input type="checkbox"/> 身體檢查： <input type="checkbox"/> 建議定期追蹤 <input type="checkbox"/> 建議轉介，進一步檢查 <input type="checkbox"/> 發展評估： <input type="checkbox"/> 建議定期追蹤 <input type="checkbox"/> 建議轉介，進一步檢查						
<b>需注意或異常項目</b>	<b>生長評估</b>	<input type="checkbox"/> 身高問題 <input type="checkbox"/> 體重問題					
	<b>身體檢查</b>	<input type="checkbox"/> 一般檢查：_____ <input type="checkbox"/> 眼睛檢查 <input type="checkbox"/> 對聲音反應 <input type="checkbox"/> 口腔檢查					
	<b>發展異常題項</b>	<input type="checkbox"/> 動作 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 社會情緒 <input type="checkbox"/> 其他 <b>3-4歲家長紀錄事項「發展狀況」異常題項</b>					
		B1. 會從樓梯的最後一階雙腳跳下嗎？					<input type="checkbox"/>
		B2. 會單腳站立一至數秒鐘嗎？					<input type="checkbox"/>
		B3. 會畫圓形嗎？					<input type="checkbox"/>
		B4. 會唸或唱一首完整的兒歌嗎？					<input type="checkbox"/>
		B5. 說話時會正確的使用代名詞「你」、「我」、「他」嗎？					<input type="checkbox"/>
		B6. 會自己去廁所尿尿嗎？					<input type="checkbox"/>
		B7. 會自己解開扣子，脫掉衣服嗎？					<input type="checkbox"/>
		B8. 會用肢體動作表達嗎？例如：點頭謝謝、揮手再見。					<input type="checkbox"/>
		B9. 會聽從簡單的口頭指令嗎？例如：「拿去給哥哥」、「去拿鞋鞋」。					<input type="checkbox"/>
		B10. 說話表達正常嗎？例如：不要求再說一遍或由照顧的大人代為說明，就能聽懂。					<input type="checkbox"/>
		B11. 能說出1個顏色，並說出3個圖形名稱（例如：鞋子、飛機、魚…等）？					<input type="checkbox"/>
<b>4-7歲家長紀錄事項「發展狀況」異常題項</b>							
C1. 會單腳跳嗎？					<input type="checkbox"/>		
C2. 會一腳一階上下樓梯嗎？					<input type="checkbox"/>		
C3. 會用剪刀剪紙嗎？					<input type="checkbox"/>		
C4. 玩家家酒時會扮演爸爸、媽媽或其他大人的模樣（4歲半以上）。					<input type="checkbox"/>		
C5. 會自己穿衣服並扣上釦子嗎？					<input type="checkbox"/>		
C6. 會用肢體動作表達嗎？例如：點頭謝謝、揮手再見。					<input type="checkbox"/>		
C7. 會聽從簡單的口頭指令嗎？例如：「拿去給哥哥」、「去拿鞋鞋」。					<input type="checkbox"/>		
C8. 說話表達正常嗎？例如：會和他人一問一答的聊天或談話。					<input type="checkbox"/>		
C9. 能說出4個顏色，並模仿畫出3個圖形（如： <input type="checkbox"/> △◇+）嗎？					<input type="checkbox"/>		
<b>健保卡就醫序號</b>				<b>特約醫事機構代碼</b>			

註：本紀錄表填表方式請參照「兒童預防保健檢查紀錄電子檔申報格式」；並留存乙份於病歷。

【附表五】

# 婦女子宮頸抹片檢查表

- \*國籍：①本國 ②外籍人士  
 \*抹片車或設站篩檢：①否 ②抹片車 ③設站篩檢  
 \*1. 支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付  
 ③其他公務預算補助 ④其他  
 時程代碼：\_\_\_\_\_

一、個人基本資料(檢查婦女填寫)

- \*2. 姓名：\_\_\_\_\_
- \*3. 出生日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
- \*4. 身分證字號或護照號碼：\_\_\_\_\_
- \*5. 電話：\_\_\_\_\_
- \*6. 教育程度：①無 ②小學 ③初中、初職  
 ④高中、高職 ⑤專科、大學 ⑥研究所以上
- \*7. 現住址：  
 \_\_\_\_\_縣 \_\_\_\_\_鄉鎮 \_\_\_\_\_路  
 \_\_\_\_\_市 \_\_\_\_\_市區 \_\_\_\_\_(街) \_\_\_\_\_段 \_\_\_\_\_巷  
 \_\_\_\_\_弄 \_\_\_\_\_號 \_\_\_\_\_樓 \_\_\_\_\_  
 (鄉鎮代碼) \_\_\_\_\_
- \*8. 戶籍住址：\_\_\_\_\_市 \_\_\_\_\_市區 \_\_\_\_\_  
 (鄉鎮代碼) \_\_\_\_\_

二、個案臨床資料(檢查婦女填寫)

9. 最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1-2年內  
 ③2-3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
10. 已停經？(一年無月經)①是 ②否 ③不知道
11. 最後一次月經日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
12. 現在是否懷孕？①是 ②否 ③不知道
- \*13. 子宮是否切除？①是 ②否 ③不知道
- \*14. 子宮是否接受過放射線治療？  
 ①是 ②否 ③不知道
- \*15. 是否曾接種子宮頸癌疫苗：①是，民國\_\_\_\_\_年  
 ②否 ③不知道

三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

16. 病歷號：\_\_\_\_\_
- \*17. 抹片檢體取樣日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
- \*18. 抹片檢體取樣機構：名稱\_\_\_\_\_  
 (代碼10碼)\_\_\_\_\_
- \*19. 抹片檢體取樣人員(姓名)：\_\_\_\_\_
- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士
- \*20. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤  
 ④其他
21. 臨床所見：\_\_\_\_\_

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 ③其他

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 ④其他
- \*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 ④Shift in flora (bacterial vaginosis)  
 ⑤Actinomyces 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-----⑤
- LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
- Mild dysplasia(CIN1) with koilocytes-----⑥
- Mild dysplasia(CIN1) without koilocytes-----⑦
- HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
- Moderate dysplasia(CIN2)-----⑧
- Severe dysplasia(CIN3)-----⑨
- Carcinoma in situ(CIN3)-----⑩
- SQUAMOUS CELL CARCINOMA-----⑪
- ATYPICAL GLANDULAR CELLS
- Atypical glandular cells-----⑫
- Atypical glandular cells favor neoplasm-----⑬
- ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU-----⑭
- ADENOCARCINOMA-----⑮
- OTHER MALIGNANT NEOPLASM-----⑯
- OTHER-----⑰
- Dysplasia *cannot exclude* HSIL-----⑱
31. 子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 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

注意事項：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康局(臺北縣新莊市長青街2號)，註明姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知視為同意。

\*為必填之項目

\*請輸入確診日

# 婦女子宮頸抹片檢查表

\*國籍：①本國 ②外籍人士

\*抹片車或設站篩檢：①否 ②抹片車 ③設站篩檢

\*1. 支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付  
③其他公務預算補助 ④其他

時程代碼：\_\_\_\_\_

## 一、個人基本資料(檢查婦女填寫)

\*2. 姓名：\_\_\_\_\_

\*3. 出生日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

\*4. 身分證字號或護照號碼：\_\_\_\_\_

\*5. 電話：\_\_\_\_\_

\*6. 教育程度：①無 ②小學 ③初中、初職

④高中、高職 ⑤專科、大學 ⑥研究所以上

\*7. 現住址：

縣 鄉鎮 路  
市 市區 (街) 段 巷  
弄 號 樓

(鄉鎮代碼)

縣 鄉鎮

\*8. 戶籍住址：市 市區

(鄉鎮代碼)

## 二、個案臨床資料(檢查婦女填寫)

9. 最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1-2年內

③2-3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過

10. 已停經？(一年無月經) ①是 ②否 ③不知道

11. 最後一次月經日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

12. 現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道

\*13. 子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道

\*14. 子宮是否接受過放射線治療？

①是 ②否 ③不知道

\*15. 是否曾接種子宮頸癌疫苗：①是，民國\_\_\_\_\_年

②否 ③不知道

## 三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

16. 病歷號：\_\_\_\_\_

\*17. 抹片檢體取樣日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

\*18. 抹片檢體取樣機構：名稱\_\_\_\_\_

(代碼10碼)\_\_\_\_\_

\*19. 抹片檢體取樣人員(姓名)：\_\_\_\_\_

①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士

\*20. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤

④其他

21. 臨床所見：\_\_\_\_\_

## 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 ③其他

## 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 ④其他

\*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-----⑫

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-----⑮

Atypical glandular cells favor neoplasm-----⑮

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU-----⑬

ADENOCARCINOMA-----⑭

OTHER MALIGNANT NEOPLASM-----⑬

OTHER-----⑭

Dysplasia *cannot exclude* HSIL-----⑰

31. 子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 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\_\_\_\_\_

注意事項：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康局(臺北縣新莊市長青街2號)，註明姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知視為同意。

第二聯：病理醫療機構回報採檢醫療機構聯

\*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



# 婦女子宮頸抹片檢查表

- \* 國籍：①本國 ②外籍人士  
 \* 抹片車或設站篩檢：①否 ②抹片車 ③設站篩檢  
 \* 1. 支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付  
 ③其他公務預算補助 ④其他  
 時程代碼：\_\_\_\_\_

## 一、個人基本資料(檢查婦女填寫)

- \* 2. 姓名：\_\_\_\_\_
- \* 3. 出生日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
- \* 4. 身分證字號或護照號碼：\_\_\_\_\_
- \* 5. 電話：\_\_\_\_\_
- \* 6. 教育程度：①無 ②小學 ③初中、初職  
 ④高中、高職 ⑤專科、大學 ⑥研究所以上
- \* 7. 現住址：  
 \_\_\_\_\_ 縣 \_\_\_\_\_ 鄉鎮 \_\_\_\_\_ 路  
 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 市區 \_\_\_\_\_ (街) \_\_\_\_\_ 段 \_\_\_\_\_ 巷  
 \_\_\_\_\_ 弄 \_\_\_\_\_ 號 \_\_\_\_\_ 樓 \_\_\_\_\_  
 (鄉鎮代碼) \_\_\_\_\_
- \* 8. 戶籍住址：\_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 市區 \_\_\_\_\_  
 (鄉鎮代碼) \_\_\_\_\_

## 二、個案臨床資料(檢查婦女填寫)

9. 最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1-2年內  
 ③2-3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
10. 已停經？(一年無月經) ①是 ②否 ③不知道
11. 最後一次月經日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
12. 現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道
- \* 13. 子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道
- \* 14. 子宮是否接受過放射線治療？  
 ①是 ②否 ③不知道
- \* 15. 是否曾接種子宮頸癌疫苗：①是，民國\_\_\_\_\_年  
 ②否 ③不知道

## 三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

16. 病歷號：\_\_\_\_\_
- \* 17. 抹片檢體取樣日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
- \* 18. 抹片檢體取樣機構：名稱 \_\_\_\_\_  
 (代碼 10 碼) \_\_\_\_\_
- \* 19. 抹片檢體取樣人員(姓名)：\_\_\_\_\_
- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士
- \* 20. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤  
 ④其他 \_\_\_\_\_

21. 臨床所見：\_\_\_\_\_

注意事項：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康局(臺北縣新莊市長青街2號)，註明姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知視為同意。

第二聯：病理醫療機構向郵衛生所聯

## 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 ③其他 \_\_\_\_\_

## 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 ④其他
- \* 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-----⑫

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

### ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU-----⑬

### ADENOCARCINOMA-----⑭

### OTHER MALIGNANT NEOPLASM-----⑬

### OTHER-----⑭

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

31. 子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 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



【附表六】

## 婦女乳房攝影檢查表

支付方式：預防保健；健保醫療給付；其他公務預算補助；其他。  
 乳房攝影車篩檢：否；是。 病歷號：\_\_\_\_\_

個人基本資料 (檢查婦女填寫)																		
姓名			身分證字號															
			護照號碼(外籍人士)															
出生日期	_____年_____月_____日； 年齡：_____歲		聯絡資訊	電話：(____) _____ 手機：_____														
現居住地址	鄉鎮市區代碼： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣                  市鄉                  村                  路                  段                  巷                  號 市                  區鎮                  里                  街  弄                  樓																	
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字； <input type="checkbox"/> 小學； <input type="checkbox"/> 國(初)中； <input type="checkbox"/> 高中； <input type="checkbox"/> 大學以上。																	
其它資訊	身高：_____公分；體重：_____公斤。																	
個案臨床資料 (檢查婦女填寫)																		
疾病史	有無得過下列疾病？ <input type="checkbox"/> 有，疾病為： <input type="checkbox"/> 乳房良性相關疾病； <input type="checkbox"/> 乳癌； <input type="checkbox"/> 其他癌症：_____； <input type="checkbox"/> 無。																	
家族史	與您有血緣的家屬中，有無人得過乳癌？ <input type="checkbox"/> 有，請填下方表格： <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">血緣關係</td> <td style="width: 15%;">母親</td> <td style="width: 15%;">姊妹</td> <td style="width: 15%;">女兒</td> <td style="width: 15%;">祖母</td> <td style="width: 15%;">外祖母</td> </tr> <tr> <td>罹患乳癌人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 無。						血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母	罹患乳癌人數					
血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母													
罹患乳癌人數																		
月經史	初經年齡_____歲(實歲)； 是否已停經？ <input type="checkbox"/> 是，停經年齡_____歲(實歲)； 停經原因： <input type="checkbox"/> 自然停經； <input type="checkbox"/> 子宮切除； <input type="checkbox"/> 卵巢切除； <input type="checkbox"/> 其他_____。 <input type="checkbox"/> 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)： <input type="checkbox"/> 有， <input type="checkbox"/> 無； 第一胎生產實足年齡_____歲。																	
用藥史	是否服用荷爾蒙補充劑？ <input type="checkbox"/> 是，_____歲開始，服用_____年； <input type="checkbox"/> 否。 是否服用口服避孕藥？ <input type="checkbox"/> 是，_____歲開始，服用_____年； <input type="checkbox"/> 否。																	
是否有感覺到異常腫塊？	<input type="checkbox"/> 有摸到硬塊或疼痛、壓痛，請在右圖相關位置標示「X」； <input type="checkbox"/> 沒有症狀； <input type="checkbox"/> 未做過乳房自我檢查。																	
其他	最近二年內是否曾做過下列檢查(可複選)？ <input type="checkbox"/> 醫護人員觸診； <input type="checkbox"/> 乳房攝影檢查； <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> 以上皆未做過。 是否曾接受過乳房手術？ <input type="checkbox"/> 是：( <input type="checkbox"/> 左側， <input type="checkbox"/> 右側)； <input type="checkbox"/> 否。																	

乳房攝影檢查結果 (乳房攝影醫院填寫)

醫院名稱		醫事機構代碼	
攝影日期	_____年_____月_____日		
攝影儀機型	<input type="checkbox"/> 傳統乳房攝影儀； <input type="checkbox"/> 數位乳房攝影儀 (Computed Radiography, CR)； <input type="checkbox"/> 數位乳房攝影儀 (Digital Radiography, DR)。		
乳房觸診檢查	<input type="checkbox"/> 有腫塊或其他異常，請在右圖相關位置標示「X」； <input type="checkbox"/> 無異常； <input type="checkbox"/> 未做觸診檢查。		
乳腺組成	<input type="checkbox"/> Fatty breast； <input type="checkbox"/> Mildly dense； <input type="checkbox"/> Moderate dense； <input type="checkbox"/> Extremely dense。		
與舊片比較	<input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否，理由為： <input type="checkbox"/> 第一次篩檢， <input type="checkbox"/> 無法取得舊片， <input type="checkbox"/> 無法獲知是否有舊片。		
攝影檢查結果	※ Category 0, 3, 4, 5 需加填「乳房攝影檢查異常個案報告表」。 <input type="checkbox"/> (0)需附加其他影像檢查再評估 (Category 0: Need Additional Imaging Evaluation.) <input type="checkbox"/> (1)無異常發現 (Category 1: Negative.) <input type="checkbox"/> (2)良性發現 (Category 2: Benign Finding) <input type="checkbox"/> (3)可能是良性發現—需六個月追蹤檢查 (Category 3: Probably Benign Finding—Short Interval Follow-Up Suggested.) <input type="checkbox"/> (4)可疑異常需考慮組織生檢 (Category 4: Suspicious Abnormality—Biopsy Should Be Considered.) <input type="checkbox"/> a. Low suspicion <input type="checkbox"/> b. Intermediate suspicion <input type="checkbox"/> c. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> (5)高度疑似為惡性腫瘤必須採取適當的措施 (Category 5: Highly Suggestive of Malignancy—Appropriate Action Should Be Taken.)		
放射科醫師		放射技術師	



注意事項：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康局 (臺北縣新莊市長青街2號)，註明姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知視為同意。

【附表七】

定量免疫法糞便潛血檢查表

注意事項：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康局（臺北縣新莊長青街2號），註明姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知視為同意。

支付方式：①預防保健；②其他公務預算補助；③其他；④郵寄預防保健。

基本資料

姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男 女 出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

身份證字號：\_\_\_\_\_ 護照號碼(外籍人士)：\_\_\_\_\_

聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_ 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

健康行為

- 1. 您平常的運動習慣：平均一週運動\_\_\_\_\_次(沒有運動習慣者請填0次)，每次運動 ①30分鐘以下，②30分鐘至1小時，③1-2小時，④2個小時以上。
2. 您是否有每天至少吃1.5碗(一般飯碗)的蔬菜及兩份水果，或是2.5碗的蔬菜？①否；②是(一份水果約等於一個拳頭大小，例如半根香蕉，一個蘋果或兩個蓮霧)。
3. 請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過大腸直腸癌？①無；②有。

個案檢查情形 (檢查醫療院所)

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

糞便潛血檢查結果 (糞便潛血檢驗機構填寫)

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

陽性個案轉診單視同全民健康保險轉診單

- 1. 前項檢查陽性個案轉至\_\_\_\_\_醫院接受確診。
2. 確診科別為「大腸直腸外科」、「腸胃肝膽科」、「消化腸胃系內科」或「一般外科」。
3. 國民健康局建議確診檢查項目為「大腸鏡」，或「乙狀結腸鏡加大腸鉬劑攝影」。
4. 轉診醫師：\_\_\_\_\_，聯絡電話：\_\_\_\_\_

個案確診結果 (由檢查醫療院所詢問個案後填寫)

- 1. 前項檢查陽性個案於檢查後兩個月內有沒有接受後續確診？①沒有；②有。
2. 沒有接受確診理由為：①無法聯繫，②出國，③搬家，④死亡，⑤拒做，⑥其他\_\_\_\_\_
3. 確診醫療院所名稱及代碼：\_\_\_\_\_，確診日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
4. 檢查方法：①大腸鏡，②乙狀結腸鏡加大腸鉬劑攝影，③乙狀結腸鏡，④大腸鉬劑攝影 ⑤糞便潛血檢查，⑥其他\_\_\_\_\_。
5. 診斷：①正常，②痔瘡，③潰瘍性大腸炎，④瘻肉，⑤大腸癌，⑥其他\_\_\_\_\_
\*如有瘻肉，瘻肉有無切除：①未切除 ②已完全切除 ③未完全切除。
6. 癌症治療：①無，原因：\_\_\_\_\_ ②有做手術、放療或化療，治療醫院名稱及代碼：\_\_\_\_\_

# 定量免疫法糞便潛血檢查表

注意事項：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康局（臺北縣新莊市長青街2號），註明姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知視為同意。

支付方式：①預防保健；②其他公務預算補助；③其他；④郵寄預防保健。

## 基本資料

姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男 女 出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

身份證字號  
護照號碼(外籍人士)：

聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_  
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

## 健康行為

- 您平常的運動習慣：  
平均一週運動\_\_\_\_\_次(沒有運動習慣者請填0次)，  
每次運動 ①30分鐘以下，②30分鐘至1小時，③1-2小時，④2個小時以上。
- 您是否有每天至少吃1.5碗(一般飯碗)的蔬菜及兩份水果，或是2.5碗的蔬菜？  
①否；②是(一份水果約等於一個拳頭大小，例如半根香蕉，一個蘋果或兩個蓮霧)。
- 請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過大腸直腸癌？①無；②有。

## 個案檢查情形 (檢查醫療院所)

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

## 糞便潛血檢查結果 (糞便潛血檢驗機構填寫)

- 醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼：\_\_\_\_\_
- 檢驗日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。
- 檢驗結果：①陰性 ②陽性，數值：\_\_\_\_\_。
- 定量試劑商品名稱：①Eiken，②Kyowa，③其他\_\_\_\_\_。

### 陽性個案轉診單視同全民健康保險轉診單

- 前項檢查陽性個案轉至\_\_\_\_\_醫院接受確診。
- 確診科別為「大腸直腸外科」、「腸胃肝膽科」、「消化腸胃系內科」或「一般外科」。
- 國民健康局建議確診檢查項目為「大腸鏡」，或「乙狀結腸鏡加大腸鉬劑攝影」。
- 轉診醫師：\_\_\_\_\_，聯絡電話：\_\_\_\_\_

## 個案確診結果 (由檢查醫療院所詢問個案後填寫)

- 前項檢查陽性個案於檢查後兩個月內有沒有接受後續確診？①沒有；②有。
- 沒有接受確診理由為：①無法聯繫，②出國，③搬家，④死亡，⑤拒做，⑥其他\_\_\_\_\_。
- 確診醫療院所名稱及代碼：\_\_\_\_\_，確診日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。
- 檢查方法：①大腸鏡，②乙狀結腸鏡加大腸鉬劑攝影，③乙狀結腸鏡，④大腸鉬劑攝影，⑤糞便潛血檢查，⑥其他\_\_\_\_\_。
- 診斷：①正常，②痔瘡，③潰瘍性大腸炎，④瘰肉，⑤大腸癌，⑥其他\_\_\_\_\_。  
\*如有瘰肉，瘰肉有無切除：①未切除 ②已完全切除 ③未完全切除。
- 癌症治療：①無，原因：\_\_\_\_\_。  
②有做手術、放療或化療，治療醫院名稱及代碼：\_\_\_\_\_。

【附表八】

口腔黏膜檢查表

注意事項：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康局（臺北縣新莊市長青街2號），註明姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知視為同意。

支付方式：①預防保健（併勞工健檢辦理）；②預防保健；③其他公務預算補助；④其他。  
 篩檢地點：①社區或職場設站篩檢；②醫療院所。  
 檢查醫師科別：①牙科；②耳鼻喉科；③經本署認可之其他科醫師。

基本資料

姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男 女 出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

身份證字號：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_  
 護照號碼(外籍人士)：\_\_\_\_\_ 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

健康行為

- 嚼檳榔：①無；②已戒；③嚼10年以下，每天少於20顆；④嚼10年以下，每天20顆以上  
⑤嚼超過10年，每天少於20顆；⑥嚼超過10年，每天20顆及以上。
- 吸菸：①無；②已戒；③吸10年以下，每天少於20支；④吸10年以下，每天20支及以上  
⑤吸超過10年，每天少於20支；⑥吸超過10年，每天20支及以上。

口腔黏膜檢查情形 (檢查醫療院所填寫)

- 檢查醫療院所名稱及代碼：\_\_\_\_\_，門診日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
- 檢查結果：  
①未發現異常；  
 需轉介，轉介原因 (單選；若同時出現兩種(含)以上原因，請勾選編碼較小者。)  
①疑似口腔癌 ②口腔內外不明原因之持續性腫塊 ③紅斑  
④紅白斑 ⑤疣狀增生 ⑥張口不易或舌頭活動困難 (口腔黏膜下纖維化症)  
⑦白斑 ⑧約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛 ⑨扁平苔癬  
⑩口腔黏膜不正常，但診斷未明 ⑪其他：\_\_\_\_\_

陽性個案轉診單視同全民健康保險轉診單

- 前項檢查陽性個案轉至 \_\_\_\_\_ 醫院接受確診。
- 轉診醫師：\_\_\_\_\_，聯絡電話：\_\_\_\_\_

個案確診結果 (由檢查醫療院所詢問個案後填寫)

- 前項檢查陽性個案於檢查後兩個月內有沒有接受後續確診？ ①沒有；②有。
- 沒有接受確診理由為：①無法聯繫，②出國，③搬家，④死亡，⑤拒做，⑥其他\_\_\_\_\_
- 確診醫院名稱及代碼：\_\_\_\_\_，確診日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
- 病理切片：①無，②有。
- 診斷結果：③正常，  
 經臨床診斷為非口腔癌之其他口腔病變 (未能做切片檢查者)：  
④白斑，⑤紅斑，⑥紅白斑，⑦疣狀增生，⑧口腔黏膜下纖維化症，  
⑨扁平苔癬，⑩其他\_\_\_\_\_。  
 經病理診斷為：⑪口腔癌；  
⑫上皮變異 (⑬輕度 ⑭中度 ⑮重度)；  
⑯其他：\_\_\_\_\_。
- 治療：⑰無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入，  
⑱有做手術、放療或化療，治療醫院名稱及代碼\_\_\_\_\_

【附表八】

口腔黏膜檢查表

注意事項：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康局（臺北縣新莊市長青街2號），註明姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知視為同意。

支付方式：①預防保健（併勞工健檢辦理）；②預防保健；③其他公務預算補助；④其他。  
 篩檢地點：①社區或職場設站篩檢；②醫療院所。  
 檢查醫師科別：①牙科；②耳鼻喉科；③經本署認可之其他科醫師。

基本資料

姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男 女 出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

身份證字號：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_  
 護照號碼(外籍人士)：\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：\_\_\_\_\_)

縣 市 鄉 鎮 村 路 段 巷 號  
 市 區 鎮 里 街 弄 樓

健康行為

- 嚼檳榔：①無；②已戒；③嚼10年以下，每天少於20顆；④嚼10年以下，每天20顆以上；⑤嚼超過10年，每天少於20顆；⑥嚼超過10年，每天20顆及以上。
- 吸菸：①無；②已戒；③吸10年以下，每天少於20支；④吸10年以下，每天20支及以上；⑤吸超過10年，每天少於20支；⑥吸超過10年，每天20支及以上。

口腔黏膜檢查情形 (檢查醫療院所填寫)

- 檢查醫療院所名稱及代碼：\_\_\_\_\_，門診日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。
- 檢查結果：  
①未發現異常；  
 需轉介，轉介原因 (單選；若同時出現兩種(含)以上原因，請勾選編碼較小者。)
  - ①疑似口腔癌 ②口腔內外不明原因之持續性腫塊 ③紅斑
  - ④紅白斑 ⑤疣狀增生 ⑥張口不易或舌頭活動困難 (口腔黏膜下纖維化症)
  - ⑦白斑 ⑧約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛 ⑨扁平苔癬
  - ⑩口腔黏膜不正常，但診斷未明 ⑪其他：\_\_\_\_\_

陽性個案轉診單視同全民健康保險轉診單

- 前項檢查陽性個案轉至 \_\_\_\_\_ 醫院接受確診。
- 轉診醫師：\_\_\_\_\_，聯絡電話：\_\_\_\_\_

個案確診結果 (由檢查醫療院所詢問個案後填寫)

- 前項檢查陽性個案於檢查後兩個月內有沒有接受後續確診？①沒有；②有。
- 沒有接受確診理由為：①無法聯繫，②出國，③搬家，④死亡，⑤拒做，⑥其他\_\_\_\_\_。
- 確診醫院名稱及代碼：\_\_\_\_\_，確診日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。
- 病理切片：①無，②有。
- 診斷結果：①正常，  
 經臨床診斷為非口腔癌之其他口腔病變 (未能做切片檢查者)：
  - ②白斑，③紅斑，④紅白斑，⑤疣狀增生，⑥口腔黏膜下纖維化症，  
⑦扁平苔癬，⑧其他\_\_\_\_\_。
 經病理診斷為：①口腔癌；
  - ②上皮變異 (③輕度 ④中度 ⑤重度)；
  - ⑥其他：\_\_\_\_\_。
- 治療：①無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入，  
②有做手術、放療或化療，治療醫院名稱及代碼\_\_\_\_\_。



## 【附表九】

## 兒童預防保健檢查紀錄電子檔申報格式

(每筆長度：212 BYTES)

項次	資料名稱	格式	資料說明
1	資料格式	X(1)	1：1.5-2 歲兒童預防保健檢查紀錄； 2：3-7 歲兒童預防保健檢查紀錄。
2	就醫日期	9(7)	前三碼為民國年（右靠不足補 0），中二碼為月份，後二碼為日數（如：0980630 表示 98 年 6 月 30 日），以實際就醫日期填寫。
3	性別	X(1)	1：男；2：女。性別檢查原則，請參考註 1。
4	身分證號	X(10)	國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼（如無居留證號碼請填護照號碼），左靠不足補空白。身分證號檢查原則，請參考註 2。
5	出生日期	X(7)	前三碼為民國年（右靠不足補 0），中二碼為月份，後二碼為日數。
6	現住地縣市	X(4)	縣市代碼，請參見註 3。
7	身長/身高	9(4)v9	單位：公分，取至小數點下一位，第二位四捨五入，四位整數，一位小數右靠，小數點不需表示，右靠不足補 0。
8	體重	9(3)v9	單位：公斤，取至小數點下一位，第二位四捨五入，三位整數，一位小數右靠，小數點不需表示，右靠不足補 0。
9	頭圍	9(3)v9	單位：公分，取至小數點下一位，第二位四捨五入，三位整數，一位小數右靠，小數點不需表示，右靠不足補 0。【1.5-2 歲兒童測量】
10	健康評估	X(1)	1：無明顯異常。 2：需注意或異常項目。 請參見註 4。
11	需注意或異常項目-生長評估	X(1)	0：無；1：有。請參見註 5。
12	建議處置-生長評估	X(1)	0：無。 1：建議定期追蹤。 2：建議轉介，進一步檢查。 請參見註 5。
13	需注意或異常項目-身體檢查	X(1)	0：無；1：有。請參見註 5。

項次	資料名稱	格式	資料說明
14	建議處置-身體檢查	X(1)	0：無。 1：建議定期追蹤。 2：建議轉介，進一步檢查。 請參見註5。
15	需注意或異常項目-發展評估	X(1)	0：無；1：有。請參見註5。
16	建議處置-發展評估	X(1)	0：無。 1：建議定期追蹤。 2：建議轉介，進一步檢查。 請參見註5。
17	生長評估需注意或異常項目-身高問題	X(1)	0：無；1：有。
18	生長評估需注意或異常項目-體重問題	X(1)	0：無；1：有。
19	生長評估需注意或異常項目-頭圍問題	X(1)	0：無；1：有。【限1.5-2歲兒童】
20	身體檢查需注意或異常項目-一般檢查	X(1)	0：無；1：有。請參見註6。
21	一般檢查需注意或異常項目 -頭	X(1)	0：無；1：有。
22	一般檢查需注意或異常項目 -皮膚	X(1)	0：無；1：有。
23	一般檢查需注意或異常項目 -耳朵	X(1)	0：無；1：有。
24	一般檢查需注意或異常項目 -口	X(1)	0：無；1：有。
25	一般檢查需注意或異常項目 -咽	X(1)	0：無；1：有。
26	一般檢查需注意或異常項目 -頸	X(1)	0：無；1：有。
27	一般檢查需注意或異常項目 -胸	X(1)	0：無；1：有。
28	一般檢查需注意或異常項目 -心音	X(1)	0：無；1：有。
29	一般檢查需注意或異常項目 -腹	X(1)	0：無；1：有。
30	一般檢查需注意或異常項目 -四肢	X(1)	0：無；1：有。
31	一般檢查需注意或異常項目 -外生殖器	X(1)	0：無；1：有。
32	一般檢查需注意或異常項目 -神經肌肉發展	X(1)	0：無；1：有。
33	一般檢查需注意或異常項目	X(1)	0：無；1：有。

項次	資料名稱	格式	資料說明
	-其他		
34	身體檢查需注意或異常項目-眼睛檢查	X(1)	0：無；1：有。
35	身體檢查需注意或異常項目-對聲音反應	X(1)	0：無；1：有。
36	身體檢查需注意或異常項目-口腔檢查	X(1)	0：無；1：有。
37	<b>【1.5-2 歲兒童】</b> 發展狀況需注意或異常項目-動作	X(1)	0：無；1：有。請參見註7。
38	發展異常題項 (題項 A1)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
39	發展異常題項 (題項 A2)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
40	<b>【1.5-2 歲兒童】</b> 發展狀況需注意或異常項目-語言	X(1)	0：無；1：有。請參見註7。
41	發展異常題項 (題項 A3)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
42	發展異常題項 (題項 A4)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
43	發展異常題項 (題項 A5)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
44	發展異常題項 (題項 A7)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
45	<b>【1.5-2 歲兒童】</b> 發展狀況需注意或異常項目-認知	X(1)	0：無；1：有。請參見註7。
46	發展異常題項 (題項 A4)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
47	發展異常題項 (題項 A9)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
48	<b>【1.5-2 歲兒童】</b> 發展狀況需注意或異常項目-社會情緒	X(1)	0：無；1：有。請參見註7。
49	發展異常題項 (題項 A6)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
50	發展異常題項 (題項 A8)	X(1)	0：無；1：有。【1.5-2 歲兒童測量】
51	<b>【1.5-2 歲兒童】</b> 發展狀況需注意或異常項目-其他	X(1)	0：無；1：有。
52	<b>【3-7 歲之 3-4 歲兒童】</b> 發展狀況需注意或異常項目-動作	X(1)	0：無；1：有。請參見註7。
53	發展異常題項 (題項 B1)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
54	發展異常題項 (題項 B2)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
55	發展異常題項 (題項 B3)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
56	發展異常題項 (題項 B7)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
57	<b>【3-7 歲之 3-4 歲兒童】</b> 發展狀況需注意或異常項目-語言	X(1)	0：無；1：有。請參見註7。
58	發展異常題項 (題項 B5)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
59	發展異常題項 (題項 B8)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
60	發展異常題項 (題項 B9)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
61	發展異常題項 (題項 B10)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
62	發展異常題項 (題項 B11)	X(1)	0：無；1：有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
63	<b>【3-7 歲之 3-4 歲兒童】</b>	X(1)	0：無；1：有。請參見註7。

項次	資料名稱	格式	資料說明
	發展狀況需注意或異常項目-認知		
64	發展異常題項 (題項 B4)	X(1)	0: 無; 1: 有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
65	發展異常題項 (題項 B11)	X(1)	0: 無; 1: 有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
66	<b>【3-7 歲之 3-4 歲兒童】</b> 發展狀況需注意或異常項目-社會情緒	X(1)	0: 無; 1: 有。請參見註 7。
67	發展異常題項 (題項 B6)	X(1)	0: 無; 1: 有【3-7 歲之 3-4 歲兒童測量】
68	<b>【3-7 歲之 3-4 歲兒童】</b> 發展狀況需注意或異常項目-其他	X(1)	0: 無; 1: 有。請參見註 7。
69	<b>【3-7 歲之 4-7 歲兒童】</b> 發展狀況需注意或異常項目-動作	X(1)	0: 無; 1: 有。請參見註 7。
70	發展異常題項 (題項 C1)	X(1)	0: 無; 1: 有【3-7 歲之 4-7 歲兒童測量】
71	發展異常題項 (題項 C2)	X(1)	0: 無; 1: 有【3-7 歲之 4-7 歲兒童測量】
72	發展異常題項 (題項 C3)	X(1)	0: 無; 1: 有【3-7 歲之 4-7 歲兒童測量】
73	發展異常題項 (題項 C5)	X(1)	0: 無; 1: 有【3-7 歲之 4-7 歲兒童測量】
74	發展異常題項 (題項 C9)	X(1)	0: 無; 1: 有【3-7 歲之 4-7 歲兒童測量】
75	<b>【3-7 歲之 4-7 歲兒童】</b> 發展狀況需注意或異常項目-語言	X(1)	0: 無; 1: 有。請參見註 7。
76	發展異常題項 (題項 C6)	X(1)	0: 無; 1: 有【3-7 歲之 4-7 歲兒童測量】
77	發展異常題項 (題項 C7)	X(1)	0: 無; 1: 有【3-7 歲之 4-7 歲兒童測量】
78	發展異常題項 (題項 C8)	X(1)	0: 無; 1: 有【3-7 歲之 4-7 歲兒童測量】
79	發展異常題項 (題項 C9)	X(1)	0: 無; 1: 有【3-7 歲之 4-7 歲兒童測量】
80	<b>【3-7 歲之 4-7 歲兒童】</b> 發展狀況需注意或異常項目-認知	X(1)	0: 無; 1: 有。請參見註 7。
81	發展異常題項 (題項 C9)	X(1)	0: 無; 1: 有【3-7 歲之 4-7 歲兒童測量】
82	<b>【3-7 歲之 4-7 歲兒童】</b> 發展狀況需注意或異常項目-社會情緒	X(1)	0: 無; 1: 有。請參見註 7。
83	發展異常題項 (題項 C4)	X(1)	0: 無; 1: 有【3-7 歲之 4-7 歲兒童測量】
84	<b>【3-7 歲之 4-7 歲兒童】</b> 發展狀況需注意或異常項目-其他	X(1)	0: 無; 1: 有。請參見註 7。
85	健保卡就醫序號	X(4)	預防保健請填「IC+預防保健之服務時程代碼」, 僅為第五次或第七次補助時程之就醫序號, 請參考註 8。
86	特約醫事機構代碼	X(10)	衛生署編定之代碼。
87	保留欄位	X(60)	預留欄位用。
88	受檢保險對象姓名	X(20)	左靠不足補中文空白(BIG-5 碼請補滿 20 個 BYTES), 如為外籍人士無中文姓名者, 請輸入英文半形, 不足補英文空白 (姓名欄為檔案最後之欄位)。

註 1：性別檢查原則：

請醫事服務機構參考中央健康保險局之「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。

註 2：身分證號碼檢查原則：

請醫事服務機構參考中央健康保險局「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號碼檢查原則亦隨之更新。

註 3：參照中央健康保險局使用之縣市代碼，中央健康保險局更新縣市代碼時，本申報格式之縣市代碼亦隨之更新。各縣市代碼說明如下：

0100 臺北市	0200 高雄市	1100 基隆市	1200 新竹市	1700 臺中市
2100 臺南市	2200 嘉義市	3100 臺北縣	3200 桃園縣	3300 新竹縣
3400 宜蘭縣	3500 苗栗縣	3600 臺中縣	3700 彰化縣	3800 南投縣
3900 雲林縣	4000 嘉義縣	4100 臺南縣	4200 高雄縣	4300 屏東縣
4400 澎湖縣	4500 花蓮縣	4600 臺東縣	9000 金門縣	9100 連江縣

註 4：「健康評估」欄位

1. 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。
2. 填寫「需注意或異常項目」者，請進一步填寫「需注意或異常項目」之選項（包括「生長評估」、「身體檢查」及「發展評估」等3項），若有多項需注意或異常項目，請同時填報。

註 5：「建議處置」欄位（限填寫「需注意或異常項目」者填報）

1. 填寫「建議定期追蹤」者，無須填寫「需注意或異常項目」。
2. 填寫「建議轉介，進一步檢查」者，則依據前一步驟填寫「需注意或異常項目」之項目，說明如下：
  - 2-1 若填寫「生長評估」者，則須進一步填寫「身高問題」、「體重問題」及「頭圍問題」等細項欄位（其中「頭圍問題」僅限1.5-2歲兒童），若有多項需注意或異常項目，請同時填報。
  - 2-2 若填寫「身體檢查」，則須進一步填寫「一般檢查」、「眼睛檢查」、「對聲音反應」、「口腔檢查」等細項欄位，若有多項需注意或異常項目，請同時填報。
  - 2-3 若填寫「發展評估」者，則須進一步填寫「動作」、「語言」、「認知」、「社會情緒」及「其他」等細項欄位，若有多項需注意或異常項目，請同時填報。

註 6：「身體檢查需注意或異常項目」欄位，有填寫「一般檢查」者，必須進一步填寫需注意或異常項目部位有哪些（若有多項需注意或異常項目，請同時填報）。

註 7：「發展異常題項」欄位（若有多項需注意或異常項目，請同時填報）

1. 「1.5歲至2歲兒童預防保健檢查紀錄表」（適用年齡為18≤檢查年月-出生年月≤24者）
  - 1-1 「發展狀況需注意或異常項目」為「動作」者，請填寫異常題項：A1或A2。
  - 1-2 「發展狀況需注意或異常項目」為「語言」者，請填寫異常題項：A3、A4、A5或A7。
  - 1-3 「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者，請填寫異常題項：A4或A9。
  - 1-4 「發展狀況需注意或異常項目」為「社會情緒」者，請填寫異常題項：A6或A8。
2. 「3歲至7歲兒童預防保健檢查紀錄表」
  - 2-1 年齡3-4歲者（適用年齡為36≤檢查年月-出生年月≤48者）

- 2-1-1 「發展狀況需注意或異常項目」為「動作」者，請填寫異常題項：B1、B2、B3 或 B7。
- 2-1-2 「發展狀況需注意或異常項目」為「語言」者，請填寫異常題項：B5、B8、B9、B10 或 B11。
- 2-1-3 「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者，請填寫異常題項：B4 或 B11。
- 2-1-4 「發展狀況需注意或異常項目」為「社會情緒」者，請填寫異常題項：B6。
- 2-2 年齡 4-7 歲者（適用年齡為  $48 < \text{檢查年月} - \text{出生年月} \leq 96$  者）
- 2-2-1 「發展狀況需注意或異常項目」為「動作」者，請填寫異常題項：C1、C2、C3、C5 或 C9。
- 2-2-2 「發展狀況需注意或異常項目」為「語言」者，請填寫異常題項：C6、C7、C8 或 C9。
- 2-2-3 「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者，請填寫異常題項：C9。
- 2-2-4 「發展狀況需注意或異常項目」為「社會情緒」者，請填寫異常題項：C4。

註 8：第五次或第七次兒童預防保健服務就醫序號填報方式：

IC16.第五次(一歲半至二歲) IC19.第七次(三歲至未滿七歲)

IC76.第五次(一歲半至二歲) IC79.第七次(三歲至未滿七歲)

【IC16、IC19 限非基層醫療院所申報，IC76、IC79 限基層醫療院所申報】。

註 9：各項次資料請務必詳實填寫，不符個案受檢年齡之欄位，文字欄位補空白，數字欄位補 0，如經檢核有錯誤者，將以退件處理。

## 婦女乳房攝影檢查異常個案報告表

病歷號：\_\_\_\_\_

檢查資訊			
姓名	身分證字號		
	護照號碼(外籍人士)		
出生日期	____年____月____日	乳房攝影日期	____年____月____日
醫院名稱	放射科醫師		

### 乳房 X 光攝影陽性結果

- 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. Intermediate suspicion ;    c. Moderate suspicion  
 **Category 5:** Highly Suggestive Of Malignancy — Appropriate Action Should Be Taken.

### 病灶勾選

- 1. Mass:**    Rt.    Lt.    Multiple, Unilateral    Multiple, Bilateral

Location	<input type="checkbox"/> UOQ <input type="checkbox"/> UIQ <input type="checkbox"/> LOQ <input type="checkbox"/> LIQ <input type="checkbox"/> Subareolar <input type="checkbox"/> Axillary tail	
	One view only	<input type="checkbox"/> Upper Hemisphere <input type="checkbox"/> Lower Hemisphere <input type="checkbox"/> Outer Hemisphere <input type="checkbox"/> Inner Hemisphere
Size	<input type="checkbox"/> < 1.0 cm <input type="checkbox"/> 1-2 cm <input type="checkbox"/> 2-3 cm <input type="checkbox"/> 3-4 cm <input type="checkbox"/> > 4 cm	
Shape	<input type="checkbox"/> Round <input type="checkbox"/> Oval <input type="checkbox"/> Lobular <input type="checkbox"/> Irregular	
Margins	<input type="checkbox"/> Circumscribed <input type="checkbox"/> Microlobulated <input type="checkbox"/> Obscured <input type="checkbox"/> Indistinct <input type="checkbox"/> Spiculated	
Density	<input type="checkbox"/> High-density <input type="checkbox"/> Isodense <input type="checkbox"/> Low-density <input type="checkbox"/> Radiolucent <input type="checkbox"/> Mixed density	

- 2. Calcifications:**    Rt.    Lt.    Multiple, Unilateral    Multiple, Bilateral

Location	<input type="checkbox"/> UOQ <input type="checkbox"/> UIQ <input type="checkbox"/> LOQ <input type="checkbox"/> LIQ <input type="checkbox"/> Subareolar <input type="checkbox"/> Axillary tail	
	One view only	<input type="checkbox"/> Upper Hemisphere <input type="checkbox"/> Lower Hemisphere <input type="checkbox"/> Outer Hemisphere <input type="checkbox"/> Inner Hemisphere
Distribution	<input type="checkbox"/> Cluster <input type="checkbox"/> Linear <input type="checkbox"/> Segmental <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Diffuse	
Morphology	<input type="checkbox"/> Amorphous <input type="checkbox"/> Coarse Heterogeneous <input type="checkbox"/> Pleomorphic <input type="checkbox"/> Fine Linear Branching	

- 3. Focal Asymmetry:**    Rt.    Lt.

Location	<input type="checkbox"/> UOQ <input type="checkbox"/> UIQ <input type="checkbox"/> LOQ <input type="checkbox"/> LIQ <input type="checkbox"/> Subareolar <input type="checkbox"/> Axillary tail	
	One view only	<input type="checkbox"/> Upper Hemisphere <input type="checkbox"/> Lower Hemisphere <input type="checkbox"/> Outer Hemisphere <input type="checkbox"/> Inner Hemisphere

- 4. Architectural Distortion:**    Rt.    Lt.

Location	<input type="checkbox"/> UOQ <input type="checkbox"/> UIQ <input type="checkbox"/> LOQ <input type="checkbox"/> LIQ <input type="checkbox"/> Subareolar <input type="checkbox"/> Axillary tail	
	One view only	<input type="checkbox"/> Upper Hemisphere <input type="checkbox"/> Lower Hemisphere <input type="checkbox"/> Outer Hemisphere <input type="checkbox"/> 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:** \_\_\_\_\_





【附表十一】

## 婦女乳房攝影檢查陽性個案追蹤表 (限篩檢個案)

個人基本資料 (乳房攝影醫院填寫)										
姓名				身分證字號						
				護照號碼(外籍人士)						
出生日期	年 月 日； 年齡： 歲			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									
乳房攝影檢查結果 (乳房攝影醫院填寫)										
醫院名稱				醫事機構代碼						
攝影日期	年 月 日									
攝影檢查結果	<input type="checkbox"/> (0)需附加其他影像檢查再評估 (Category 0: Need-Additional Imaging Evaluation.) <input type="checkbox"/> (1)無異常發現 (Category 1: Negative.) <input type="checkbox"/> (2)良性發現 (Category 2: Benign Finding) <input type="checkbox"/> (3)可能是良性發現—需六個月追蹤檢查 (Category 3: Probably Benign Finding—Short Interval Follow-Up Suggested.)			<input type="checkbox"/> (4)可疑異常需考慮組織生檢 (Category 4: Suspicious Abnormality—Biopsy Should Be Considered.) <input type="checkbox"/> a. Low suspicion <input type="checkbox"/> b. Intermediate suspicion <input type="checkbox"/> c. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> (5)高度疑似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.)						
追蹤結果 (以下由乳房攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料)										
乳房攝影檢查結果為(0)之複檢結果(複檢醫院填寫)										
複檢醫院名稱				醫事機構代碼						
複檢日期	年 月 日									
複檢方式	<input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影檢查； <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> 其他複檢方式：_____。			該項複檢方式檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1)無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2)良性發現。 <input type="checkbox"/> (3)可能是良性發現—需六個月追蹤檢查。 <input type="checkbox"/> (4)可疑異常需考慮組織生檢。 <input type="checkbox"/> (5)高度疑為惡性腫瘤須採取適當措施。						
乳房攝影或乳房超音波檢查結果為(4)、(5)之確診檢查結果(確診及治療醫院填寫)										
確診及治療醫院名稱				醫事機構代碼						
確診日期	年 月 日			確定診斷	<input type="checkbox"/> 非乳癌； <input type="checkbox"/> 乳癌。					
確診方式	病理診斷	<input type="checkbox"/> 細針抽吸細胞學檢查； <input type="checkbox"/> 病理組織切片檢查								
	臨床診斷	<input type="checkbox"/> 超音波； <input type="checkbox"/> 其他：_____。								
手術	<input type="checkbox"/> 無：_____ (請說明理由)。 <input type="checkbox"/> 有：日期 年 月 日； 手術醫院名稱：_____，醫事機構代碼：_____。									
手術後病理結果 (請附術後病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)							分級 (Grade)		
	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: _____								
<input type="checkbox"/> 此案無法追蹤，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。										

注意事項：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康局 (臺北縣新莊市長青街2號) 註明姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知視為同意。

第一聯：存乳房X光攝影醫療機構。

(98年11月修訂)

## 婦女乳房攝影檢查陽性個案追蹤表 (限篩檢個案)

個人基本資料 (乳房攝影醫院填寫)			
姓名		身分證字號	
		護照號碼(外籍人士)	
出生日期	年 月 日; 年齡: 歲	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		
乳房攝影檢查結果 (乳房攝影醫院填寫)			
醫院名稱	醫事機構代碼		
攝影日期	年 月 日		
攝影檢查結果	<input type="checkbox"/> (0)需附加其他影像檢查再評估 (Category 0: Need Additional Imaging Evaluation.) <input type="checkbox"/> (1)無異常發現 (Category 1: Negative.) <input type="checkbox"/> (2)良性發現 (Category 2: Benign Finding) <input type="checkbox"/> (3)可能是良性發現—需六個月追蹤檢查 (Category 3: Probably Benign Finding—Short Interval Follow-Up Suggested.) <input type="checkbox"/> (4)可疑異常需考慮組織生檢 (Category 4: Suspicious Abnormality—Biopsy Should Be Considered.) <input type="checkbox"/> a. Low suspicion <input type="checkbox"/> b. Intermediate suspicion <input type="checkbox"/> c. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> (5)高度疑似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.)		
追蹤結果 (以下由乳房攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料)			
乳房攝影檢查結果為(0)之複檢結果(複檢醫院填寫)			
複檢醫院名稱	醫事機構代碼		
複檢日期	年 月 日		
複檢方式	<input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影檢查; <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查; <input type="checkbox"/> 其他複檢方式: _____。 該項複檢方式檢查結果為: <input type="checkbox"/> (1)無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2)良性發現。 <input type="checkbox"/> (3)可能是良性發現—需六個月追蹤檢查。 <input type="checkbox"/> (4)可疑異常需考慮組織生檢。 <input type="checkbox"/> (5)高度疑為惡性腫瘤須採取適當措施。		
乳房攝影或乳房超音波檢查結果為(4)、(5)之確診檢查結果(確診及治療醫院填寫)			
確診及治療醫院名稱	醫事機構代碼		
確診日期	年 月 日		
確診方式	病理診斷 <input type="checkbox"/> 細針抽吸細胞學檢查; <input type="checkbox"/> 病理組織切片檢查 臨床診斷 <input type="checkbox"/> 超音波; <input type="checkbox"/> 其他: _____。 確定診斷 <input type="checkbox"/> 非乳癌; <input type="checkbox"/> 乳癌。		
手術	<input type="checkbox"/> 無: _____ (請說明理由)。 <input type="checkbox"/> 有: 日期 年 月 日; 手術醫院名稱: _____, 醫事機構代碼: _____。		
手術後病理結果 (請附術後病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)	分級 (Grade)	
	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:	
<input type="checkbox"/> 此案無法追蹤, 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。			

注意事項: 本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用, 如不同意接受追蹤, 請以書面通知國民健康局(臺北縣新莊市長青街2號), 註明姓名、檢查時間及檢查單位, 如未通知視為同意。

第二聯: 存確診與治療醫院

(98年11月修訂)

## 【附表十二】 定量免疫法糞便潛血檢查資料電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項：

1. 申報檢查結果資料或確診追蹤資料電子檔，其檔案第一筆必須按【表 12-1】格式輸入醫事機構聯絡資料，俾利回覆資料檢核結果，第二筆以後資料則按【表 12-2】或【表 12-3】格式輸入個案之檢查結果資料或確診結果。
2. 格式欄位 V 為必填、△為非必填；
3. 英數文字請使用英數半型字元輸入，請勿使用全型數字字元（如：1 2 3 4 5 6 7 8 9 0）。
4. 一個中文字算一個 byte。文件請用 ANSI 格式匯出。

### 12-1 醫事機構聯絡資料

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

### 12-2 檢查結果資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	支付方式	文字	1	V	1：預防保健； 2：其他公務預算補助； 3：其他； 4：郵寄預防保健。
2	醫令代碼	文字	2	V	
3	姓名	文字	10	V	
4	性別	文字	1	V	1：男；2：女。
5	出生日期	文字	7	V	YYYYMMDD
6	身份證或護照號碼	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。
7	聯絡電話	文字	20	△	電話區號以括號表示；分機以#表示，如： (02)34567890#123
8	手機	文字	10	△	聯絡電話與手機擇一必填。
9	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼 4 碼，非郵遞區號（由系統自動帶入）。
10	地址	文字	60	V	
11	平均一週運動幾次	文字	2	V	

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
12	每次運動時間	文字	1	V	1: 30 分鐘以下; 2: 30 分至 1 小時; 3: 1 至 2 小時; 4: 2 小時以上。
13	是否每日吃 1.5 碗蔬菜 2 份水果	文字	1	V	0: 否; 1: 是。
14	父母、兄弟姊妹、子女有無大腸癌	文字	1	V	0: 無; 1: 有。
15	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	
16	門診日期	文字	7	V	YYMMDD
17	糞便潛血檢驗機構代碼	文字	10	V	
18	檢驗日期	文字	7	V	YYMMDD
19	檢驗結果	文字	1	V	0: 陰性; 1: 陽性。
20	檢驗結果數值	文字	4	V	請勿使用小數點及負數，數值範圍限 0~9999。
21	定量試劑商品名稱	文字	1	V	0: Eiken; 1: Kyowa; 2: 其他。
22	其他定量試劑商品名稱	文字	20	△	定量試劑為「2 其他」時必填。
23	前項檢查陽性個案轉至醫院代碼	文字	10	△	19: 檢驗結果為「1: 陽性」時，此欄為必填
24	前項檢查陽性個案轉診醫院電話	文字	20	△	電話區號以括號表示；分機以#表示，如： (02)34567890#123
每筆資料總長度			220		

### 12-3 確診追蹤資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	確診個案姓名	文字	10	V	
2	確診個案出生日期	文字	7	V	YYMMDD
3	確診個案身份證或護照號碼	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。
4	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	
5	門診日期	文字	7	V	YYMMDD
6	醫令代碼	文字	2		
7	陽性個案兩個月內後續確診否	文字	1	V	0: 沒有；1: 有。
8	沒有接受確診理由	文字	1	△	1: 無法聯繫； 2: 出國；

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
					3：搬家； 4：死亡； 5：拒做； 6：其他。 (兩個月內後續確診選「0 沒有」時，此欄為必填)
9	沒有接受確診理由-其他敘述	文字	50	△	(沒有接受確診理由選「6 其他」時，此欄為必填)
10	確診醫院代碼	文字	10	△	(若 7:陽性個案兩個月內後續確診為「1:有」時，此欄為必填)
11	確診日期	文字	7	△	YYYYMMDD (若 7:陽性個案兩個月內後續確診為「1:有」時，此欄為必填)
12	檢查方法	文字	1	△	1：大腸鏡； 2：乙狀結腸鏡加大腸鋇劑攝影； 3：乙狀結腸鏡； 4：大腸鋇劑攝影； 5：糞便潛血檢查； 6：其他。 若 7.為「1：有」時，此欄為必填
13	診斷結果	文字	1	△	0：正常； 1：痔瘡； 2：潰瘍性大腸炎； 3：瘰肉； 4：大腸癌； 5：其他。 若 7.為「1：有」時，此欄為必填
14	如有瘰肉，有無切除	文字	1	△	1：未切除； 2：已完全切除； 3：未完全切除。 (診斷結果選「3 瘰肉」時，此欄為必填)
15	癌症治療	文字	1	△	0：無； 1：有。 若 13.診斷結果為「4：大腸癌」時，此欄為必填
16	未做癌症治療的原因	文字	50	△	(癌症治療為「0 無」時，此欄為必填)
17	癌症治療醫院代碼	文字	10	△	(癌症治療為「1 有」時，此欄為必填)
每筆資料總長度			179		

## 12-4 大腸刪除資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	身份證或護照號碼	文字	10	V	
2	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	
3	門診日期	文字	7	V	YYMMDD
每筆資料總長度			27		

### Txt 檔產出規則

1. 檢查結果資料；每筆資料均為固定長度，共 24 個欄位／220 byte，均採向左靠齊，不足以空白填補。
2. 確診追蹤資料；每筆資料均為固定長度，共 17 個欄位／179 byte，均採向左靠齊，不足以空白填補。
3. 產生 txt 的命名規則為：ColonA 檢驗單位健保十字碼\_年月.txt

如：ColonA3831040864\_9901.txt

上傳檔案名稱命名範例—

大腸 FOBT 匯入檔名稱：ColonA3831040864\_9901.txt

大腸 FOBT 匯入檔名稱(刪除用)：ColonA3831040864\_9901\_Del.txt

大腸確診匯入檔名稱：ColonB3831040864\_9901.txt

大腸確診匯入檔名稱(刪除用)：ColonB3831040864\_9901\_Del.txt

## 【附表十三】

## 口腔黏膜檢查資料電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項：

1. 申報檢查結果資料或確診追蹤資料電子檔，其檔案第一筆必須按【表 13-1】格式輸入醫事機構聯絡資料，俾利回覆資料檢核結果，第二筆以後資料則按【表 13-2】或【表 13-3】格式輸入個案之檢查結果資料或確診結果。
2. 格式欄位 V 為必填、△為非必填；
3. 英數文字請使用英數半型字元輸入，請勿使用全型數字字元（如：1 2 3 4 5 6 7 8 9 0）。
4. 一個中文字算一個 byte。文件請用 ANSI 格式匯出。

## 13-1 醫療機構聯絡資料

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

## 13-2 檢查結果資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	支付方式	文字	1	V	1：預防保健（併勞工健檢辦理）； 2：預防保健； 3：其他公務預算補助； 4：其他。
2	篩檢地點	文字	1	V	1：社區或職場設站篩檢； 2：醫療院所。
3	檢查醫師科別	文字	1	V	1：牙科； 2：耳鼻喉科； 3：經本署認可之其他科醫師。
4	醫令代碼	文字	2	V	
5	姓名	文字	10	V	
6	性別	文字	1	V	1：男；2：女。
7	出生日期	文字	7	V	YYMMDD
8	身份證或護照號碼	文字	10	V	
9	聯絡電話	文字	20	△	電話區號以括號表示；分機以#表示，如： (02)34567890#123
10	手機	文字	10	△	聯絡電話與手機擇一必填。
11	鄉鎮市區代碼	文字	4	△	鄉鎮市區代碼 4 碼，非郵遞區號。

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
					初期此欄位先不設限，但仍必需至少是4byte 的空白
12	地址	文字	60	V	
13	嚼檳榔	文字	1	V	0：無 1：已戒 2：嚼10年以下，每天少於20顆 3：嚼10年以下，每天多於20顆及以上 4：嚼超過10年，每天少於20顆 5：嚼超過10年，每天20顆及以上
14	吸菸	文字	1	V	0：無 1：已戒 2：吸10年以下，每天少於20支 3：吸10年以下，每天20支及以上 4：吸超過10年，每天少於20支 5：吸超過10年，每天20支及以上
15	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	
16	門診日期	文字	7	V	YYMMDD
17	檢查結果	文字	2	V	0：未發現異常； 1：疑似口腔癌； 2：口腔內外不明原因之持續性腫塊； 3：紅斑； 4：紅白斑； 5：疣狀增生； 6：張口不易或舌頭活動困難(口腔粘膜下纖維化)； 7：白斑； 8：約兩星期仍不癒之口腔潰爛/糜爛； 9：扁平苔蘚； 10：口腔黏膜不正常，但診斷未明； 11：其他。
18	前項檢查陽性個案轉至醫院代碼	文字	10	△	17 檢查結果不是「0：未發現異常」時，則為此欄必填； 17 檢查結果為「0：未發現異常」時，此欄免填，不可匯入確診
19	前項檢查陽性個案轉診醫院電話	文字	20	△	電話區號以括號表示；分機以#表示，如： (02)34567890#123
每筆資料總長度			178		

### 13-3 確診追蹤資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
----	------	----	----	----	----



序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	確診個案姓名	文字	10	V	
2	確診個案出生日期	文字	7	V	YYMMDD
3	身份證或護照號碼	文字	10	V	
4	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	
5	門診日期	文字	7	V	YYMMDD
6	醫令代碼	文字	2	V	
7	陽性個案兩個月內後續確診否	文字	1	V	0：沒有 1：有
8	沒有接受確診理由	文字	1	△	1：無法聯繫 2：出國 3：搬家 4：死亡 5：拒做 6：其他 陽性個案後續確診為「0 沒有」時必填。
9	沒有接受確診理由-其他敘述	文字	50	△	沒有接受確診理由為「6 其他」時必填。
10	確診醫院代碼	文字	10	△	7：陽性個案後續確診為「1 有」時此欄必填。
11	確診日期	文字	7	△	YYMMDD 7：陽性個案後續確診為「1 有」時此欄必填。
12	病理切片	文字	1	△	0：無；1：有。 7：陽性個案後續確診為「1 有」時此欄必填。
13	診斷結果-非口腔癌其他病變	文字	2	△	00：正常； 11：白斑； 12：紅斑； 13：紅白斑； 14：疣狀增生； 15：口腔黏膜纖維化； 16：扁平苔蘚； 17：其他。 7：陽性個案後續確診為「1 有」時，13 或 14 欄位擇 1 必填。
14	診斷結果-病理診斷	文字	2	△	21：口腔癌； 22：上皮變異； 23：輕度上皮變異； 24：中度上皮變異； 25：重度上皮變異； 26：其他。

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
					7：陽性個案後續確診為「1有」時，13或14欄位擇1必填。
15	治療	文字	1	V	0：無；1：有。 7：陽性個案後續確診為「1有」時，且13或14：診斷結果非「00」時此欄必填。
16	治療醫院代碼	文字	10	△	治療為「1有」時必填。
	18		131		

### 13-4 口腔刪除資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	身份證或護照號碼	文字	10	V	
2	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	
3	門診日期	文字	7	V	YYMMDD

#### Txt 檔產出規則

1. 口腔檢查結果：每筆資料均為固定長度，共 19 個欄位／246 byte，均採向左靠齊，不足以空白填補。
2. 口腔確診追蹤：每筆資料均為固定長度，共 16 個欄位／131 byte，均採向左靠齊，不足以空白填補。
3. 產生 txt 的命名規則為：OralA 檢驗單位健保十字碼\_年月.txt

上傳檔案名稱命名範例--

口腔檢查結果匯入檔名稱：OralA3831040864\_9901.txt

口腔檢查結果匯入檔名稱(刪除用)：OralA3831040864\_9901\_Del.txt

口腔確診追蹤匯入檔名稱：OralB3831040864\_9901.txt

口腔確診追蹤匯入檔名稱(刪除用)：OralB3831040864\_9901\_Del.txt

## 【附表十四】

## 成人預防保健服務檢查結果資料電子檔申報格式

序號	欄位名稱	屬性	長度	備註
1	檢查通知單序號	Numeric	8	
2	身分證號	Character	10	
3	性別	Character	1	1：男；2：女
4	出生日期	Date	7	YYMMDD
5	電話	Character	10	
6	醫事機構代號	Character	10	
7	第一階段檢查日期	Date	7	YYMMDD
8	第二階段檢查日期	Date	7	YYMMDD
9	委託代檢醫事檢驗機構代號	Character	10	
10	個人疾病史：高血壓	Character	1	1：無 2：有
11	個人疾病史：糖尿病	Character	1	1：無 2：有
12	個人疾病史：高血脂症	Character	1	1：無 2：有
13	吸菸	Character	1	1：不吸菸 2：朋友敬菸或應酬才吸菸 3：平均一天約吸一包菸(含以下) 4：平均一天約吸一包菸以上
14	喝酒	Character	1	1：不喝酒 2：偶爾喝酒或應酬才喝 3：經常喝酒
15	嚼檳榔	Character	1	1：不嚼檳榔 2：偶爾會嚼或應酬才嚼 3：經常嚼或習慣在嚼
16	身高	Numeric	3	xxx(cm)
17	體重	Numeric	3	xxx(kg)
18	收縮壓	Numeric	3	xxx(mm Hg)
19	舒張壓	Numeric	3	xxx(mm Hg)
20	白血球	Numeric	5	xxxxx/ $\mu$ l
21	紅血球	Numeric	4	x.xx(1,000,000/ $\mu$ l)
22	血小板	Numeric	3	xxx(1000/ $\mu$ l)
23	血紅素	Numeric	4	xx.x(g/dl)
24	白蛋白	Numeric	3	x.x(g/dl)
25	球蛋白	Numeric	3	x.x(g/dl)
26	膽固醇	Numeric	3	xxx(mg/dl)
27	三酸甘油酯	Numeric	4	xxxx(mg/dl)
28	GOT	Numeric	4	xxxx(IU/l)
29	GPT	Numeric	4	xxxx(IU/l)
30	血糖	Numeric	3	xxx(mg/dl)

