

衛生福利部國民健康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、髖關節篩檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：驚嚇反應、注視物體。	250
12	IC12	二至四 個月	第二次	二至三 個月	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔及固視能力、心雜音、肝脾腫大、髖關節篩檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：抬頭、手掌張開、對人微笑。	250
13	IC13	四至十 個月	第三次	四至九 個月	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位瞳孔及固視能力、髖關節篩檢、疝氣、隱睪、外生殖器、對聲音之反應、心雜音、口腔檢查。 2.問診項目：餵食方法、副食品添加。 3.發展診察：翻身、伸手拿東西、對聲音敏銳、用手拿開蓋在臉上的手帕(四至八個月)、會爬、扶站、表達“再見”、發ㄚ、ㄇ、ㄚ音(八至九個月)。	250
15	IC15	十個月 至一歲 半	第四次	十個月 至一歲 半	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔、疝氣、隱睪、外生殖器、對聲音反應、心雜音、口腔檢查。 2.問診項目：固體食物。 3.發展診察：站穩、扶走、手指拿物、聽懂簡單句子。	250
16	IC16	一歲半 至二歲	第五次	一歲半 至二歲	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位【須做斜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。	320

代碼	就醫 序號	補助時程		建議 年齡	服務項目	補助 金額
					3.發展診察：會走、手拿杯、模仿動作、說單字、瞭解口語指示、肢體表達、分享有趣東西、物品取代玩具。	
17	IC17	二至三歲	第六次	二至三歲	1.身體檢查：身長、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查、心雜音。 2.發展診察：會跑、脫鞋、拿筆亂畫、說出身體部位名稱。	250
19	IC19	三至未滿七歲	第七次	三至未滿七歲	1.身體檢查：身長、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查【得做亂點立體圖】、心雜音、外生殖器、口腔檢查。 2.發展診察：會跳、會蹲、畫圓圈、翻書、說自己名字、瞭解口語指示、肢體表達、說話清楚、辨認形狀或顏色 ※預防接種是否完整 日常活動是否需要限制，有心臟病、氣喘病患者，體育課須限制劇烈運動，此可供入學後之參考。	320
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、髖關節篩檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：驚嚇反應、注視物體。 4.限基層醫療院所申報。	250
72	IC72	二至四個月	第二次	二至三個月	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔及固視能力、心雜音、肝脾腫大、髖關節篩檢。 2.問診項目：餵食方法。 3.發展診察：抬頭、手掌張開、對人微笑。 4.限基層醫療院所申報。	250
73	IC73	四至十個月	第三次	四至九個月	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位瞳孔及固視能力、髖關節篩檢、疝氣、隱睪、外生殖器、對聲音之反應、心雜音、口腔檢查。 2.問診項目：餵食方法、副食品添加。 3.發展診察：翻身、伸手拿東西、對聲音敏銳、	250

代碼	就醫 序號	補助時程		建議 年齡	服務項目	補助 金額
					用手拿開蓋在臉上的手帕(四至八個月)、會爬、扶站、表達“再見”、發ㄅ、ㄩ、ㄇ音(八至九個月)。 4.限基層醫療院所申報。	
75	IC75	十個月至一歲半	第四次	十個月至一歲半	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔、疝氣、隱睪、外生殖器、對聲音反應、心雜音、口腔檢查。 2.問診項目：固體食物。 3.發展診察：站穩、扶走、手指拿物、聽懂簡單句子。 4.限基層醫療院所申報。	250
76	IC76	一歲半至二歲	第五次	一歲半至二歲	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位【須做斜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。 4.限基層醫療院所申報。	320
77	IC77	二至三歲	第六次	二至三歲	1.身體檢查：身長、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查、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：會跳、會蹲、畫圓圈、翻書、說自己名字、瞭解口語指示、肢體表達、說話清楚、辨認形狀或顏色。 3.限基層醫療院所申報。 ※預防接種是否完整 日常活動是否需要限制，有心臟病、氣喘病患者，體育課須限制劇烈運動，此可供入學後之	320

代碼	就醫 序號	補助時程	建議 年齡	服務項目	補助 金額
				參考。	

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

註：

1. 有關年齡條件及重複條件之定義如下：

(1)年齡條件：醫令代碼 11-13、15、71-73、75：0<=就醫年月-出生年月<=18

醫令代碼 16、76：18<=就醫年月-出生年月<=24

醫令代碼 17、77：24<=就醫年月-出生年月<=36

醫令代碼 19、79：36<=就醫年月-出生年月<=96

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

(3)醫令代碼 11, 12, 71, 72, 如部分負擔代碼為「903:健保 IC 卡新生兒依附註記方式就醫者」，得不作年齡、篩檢間隔條件（1 生 1 次）及重複條件之檢核。

2. 申報「兒童發展篩檢轉介確診費」（補助金額每案 800 元）之條件如下：

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

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

3. 申報「兒童膽道閉鎖篩檢轉介確診費」、「兒童隱睪症篩檢轉介確診費」、「兒童髖關節發育不良篩檢轉介確診費」（補助金額每案 800 元）之條件如下：

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

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

表 1-1 兒童發展評估轉介單 (交付家長用)

親愛的家長
 您好！您的寶寶已於 年 月 日 接受了第 次兒童預防保健服務 疾病就醫，經初步檢查 動作 語言 認知 社會情緒 其他： 有疑似遲緩的情形。為了持續關心寶寶的健康狀況，本院(診所)將依兒童及少年福利與權益保障法轉介寶寶的資料，提供衛生局、聯合評估中心(評估醫院)及社福單位進行追蹤管理；並請您儘速帶寶寶就近至國民健康署委託之兒童發展聯合評估中心(見下表)，儘速就診，早期確認寶寶的健康狀況。

醫事機構：
 轉介醫師：
 聯絡電話：

衛生福利部國民健康署輔導兒童發展聯合評估中心					
縣市	醫院名稱	聯絡電話	縣市	醫院名稱	聯絡電話
臺北市	臺北醫學大學附設醫院	02-27372181*1236	新竹縣	東元綜合醫院	03-5527000*1366
	臺北市立聯合醫院	02-25553000*2855	新竹市	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院	03-5326151*6001
	臺北榮民總醫院	02-28712121*2940		財團法人馬偕紀念醫院新竹分院	03-6119595*6040
	國立臺灣大學醫學院附設醫院	02-23123456*67883	苗栗縣	財團法人為恭紀念醫院	037-676811*53382
新北市	行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院	02-26723456*3303		大千綜合醫院	037-357125*75103
	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院	02-66289779*2518	彰化縣	衛生福利部彰化醫院	04-8298686*2356, 2356-2358
	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會附設亞東紀念醫院	02-77281034		彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	04-7238595*1164
	天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院	02-22193391*67403	南投縣	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	049-2912151*2012
臺中市	臺中榮民總醫院	04-23592525*5936		竹山秀傳醫院	049-2624266*31005
	光田醫療社團法人光田綜合醫院	04-26625111*2624	雲林縣	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院	05-5323911*6125
	佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院	04-36060666*4136		天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院	05-6337333*2237
	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	04-26581919*4848	嘉義縣	佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院	05-2648000*1168
臺南市	奇美醫療財團法人奇美醫院	06-2812811*53758	嘉義市	衛生福利部嘉義醫院	05-2319090*2229
	國立成功大學醫學院附設醫院	06-2353535*4619		戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	05-2765041*6707
高雄市	義大醫療財團法人義大醫院	07-6150011*5751	屏東縣	屏基醫療財團法人屏東基督教醫院	08-7368686*2414
	高雄榮民總醫院	07-3422121*5017		安泰醫療財團法人安泰醫院	08-8329966*2012
	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	07-7317123*8167	臺東縣	馬偕紀念醫院台東分院	089-351642
	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	07-3121101*6468		東基醫療財團法人台東基督教醫院	089-960115
宜蘭縣	國立陽明大學附設醫院	03-9325192*2120	花蓮縣	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院	03-8561825*2311
	財團法人天主教靈醫會羅東聖母醫院	03-9544106*6516		臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院	03-8241240
桃園市	衛生福利部桃園醫院	03-3699721*1203	澎湖縣	財團法人天主教靈醫會惠民醫院	06-9272318*120
	壠新醫院	03-4941234*8271	金門縣	衛生福利部金門醫院	082-331960
	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	03-3281200*8147	連江縣	連江縣立醫院	0836-23995*1316

備註：

1. 表列兒童發展聯合評估中心資訊，仍可能有異動，若需即時資訊，請至國民健康署網站(首頁/健康主題/婦幼健康/兒童健康/主題公告)查閱或撥打 02-2522-0888 洽詢。
2. 各縣市衛生局委託或認可之聯合評估醫院，請逕洽各縣市衛生局。
3. 如受檢者不同意接受個案健康管理，得隨時以書面通知國民健康署(臺北市大同區塔城街 36 號)，並註明受檢人姓名、身分證統一編號、檢查時間及檢查單位，如未通知，視為同意。

注意事項：本表資料將會做為衛生單位政策評估或個案健康管理時使用，如受檢者不同意接受個案健康管理，得隨時以書面通知衛生福利部國民健康署（臺北市大同區塔城街36號）並註明受檢人姓名、身分證統一編號、檢查時間及檢查單位，如未通知，視為同意。

表 1-2 兒童預防保健疑似異常轉介個案追蹤單（以第 1 次 0-2 個月為例）

兒童資料	兒童姓名			身分證 統一編號		
	出生日期	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	就醫日期	年	月	日	就醫原因	<input type="checkbox"/> 第 1 次兒童預防保健 <input type="checkbox"/> 疾病就醫（非補助對象）
轉介原因						
<input type="checkbox"/> 1.發展異常情形		異常類別	<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			
		發展異常題項	<input type="checkbox"/> (1)俯臥時，是否能將頭稍微抬離床面？ <input type="checkbox"/> (2)出現巨大聲音時，是否會驚嚇得手腳伸開或哭出來？ <input type="checkbox"/> (3)用手電筒照射寶寶的眼睛，他是否會眨眼？ <input type="checkbox"/> (4)在耳邊搖動鈴鐺或其他會發出聲音的東西，是否會有反應(眨眼、驚嚇、突然安靜下來、稍微轉頭等)？ <input type="checkbox"/> 其他發展異常題項（非兒童健康手冊之題項）：			
		其他原因	<input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 視覺 <input type="checkbox"/> 早產兒 <input type="checkbox"/> 低出生體重 <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____）			
<input type="checkbox"/> 2.身體檢查異常		<input type="checkbox"/> (1)疑似髖關節發育不良(髖關節篩檢異常) <input type="checkbox"/> (2)疑似隱睪症 <input type="checkbox"/> (3)疑似膽道閉鎖（大便卡顏色不正常 No1-6）				
原轉介醫院診所				轉介醫師		
髖關節發育不良、隱睪症、膽道閉鎖之確診追蹤結果（由原轉介院所負責追蹤及登錄）						
<input type="checkbox"/> 無異常發現 <input type="checkbox"/> 需繼續追蹤觀察 <input type="checkbox"/> 確認診斷為： <input type="checkbox"/> 髖關節發育不良 <input type="checkbox"/> 隱睪症 <input type="checkbox"/> 膽道閉鎖 <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____）						
確診及治療醫院名稱			醫事機構代碼			確診日期
<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。						

表 1-3 兒童篩檢轉介確診費申領清單及領據（醫療院所用）

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

註：轉介確診費項目，請依照下列代碼填列，1：「兒童發展篩檢轉介確診費」，2：「兒童膽道閉鎖篩檢轉介確診費」，3：「兒童隱匿症篩檢轉介確診費」，4：「兒童髖關節發育不良篩檢轉介確診費」。

茲領到 年 月兒童篩檢轉介確診費，計新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 衛生福利部國民健康署

主辦人員： (請簽章)

醫院（診所） 出納人員： (請簽章)

名稱（全銜）：請寫全銜及蓋機關章 會計人員： (請簽章)

醫院（診所）統一編號： 院 長： (請簽章)

聯絡電話：()

註：私立醫院（診所）如無會計出納人員可免簽章

掛號信收件地址：()

撥款之銀行名稱（分行）： 金融帳號： 戶名：

中華民國 年 月 日

表 1-4

縣市衛生局（ 年 月）

兒童轉介確診費用申領清單及領據送件清單（衛生局用）

醫院（診所）	申請補助金額	備註

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

審核單位：

縣市衛生局

承辦人

科(課)長

中華民國 年 月 日

二、孕婦產前檢查

(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)	第一次	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及HBsAG、HBeAG(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。(註1) 2. 例行產檢(註2)	662 (不含Rubella IgG及HBsAG、HBeAG)	594 (不含Rubella IgG及HBsAG、HBeAG)
					第二次	例行產檢	267	214
43	53	IC43	IC53	妊娠第二期 (妊娠17週至未滿29週)	第三次	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	267 (不含超音波)	214 (不含超音波)
					第四次	例行產檢	267	214
45	55	IC45	IC55	妊娠第三期 (妊娠29週以上)	第五次	1. 例行產檢 2. 於妊娠32週前後提供VDRL等實驗室檢驗	297	244
46	56	IC46	IC56		第六次	例行產檢	267	214
47	57	IC47	IC57		第七次	例行產檢	267	214
48	58	IC48	IC58		第八次	例行產檢	267	214
49	59	IC49	IC59		第九次	例行產檢	267	214
50	60	IC50	IC60		第十次	例行產檢	267	214
61	62	IC41 ~ IC50	IC51 ~ IC60	超音波檢查：於妊娠第二期提供一次超音波檢查，惟因特殊情況無法於該期檢查，可改於妊娠第三期接受本項檢查。(註3)		350	335	
63	63	IC41 ~ IC50	IC51 ~ IC60	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。(註4)限本部認證之母嬰親善醫療機構始得申報。		20	20	
64	65	IC41 、 IC45	IC51 、 IC55	Rubella IgG實驗室檢驗		200	180	

69	70	IC41 、 IC45	IC51 、 IC55	HBsAG、HBeAG（惟因特殊情況無法於本次檢查者，可改於第五次孕婦產前檢查接受本項檢查。）(註5)	170	170
----	----	-------------------	-------------------	---	-----	-----

註：

1. B型肝炎標記檢查HBsAG、HBeAG由第5次產檢調整期程前移至第1次產檢，惟因特殊情況無法於本次檢查者，可改於第五次孕婦產前檢查時接受本項檢查。
- 2.本注意事項所稱例行產檢內容包括：
 - (1)問診內容：本胎不適症狀如水腫、靜脈曲張、出血、腹痛、頭痛、痙攣等。
 - (2)身體檢查：體重、血壓、腹長(宮底高度)、胎心音、胎位。
 - (3)實驗室檢查：尿蛋白、尿糖。
- 3.助產所之實驗室檢查及超音波檢查，應委託其他辦理全民健康保險預防保健服務之特約醫療院所，並委由上開特約醫療院所判讀結果。
- 4.母嬰親善醫療機構產前檢查個案，每次產檢增加20元。
5. 產檢B型肝炎血清標誌檢驗時程之修正自公告日起6個月內緩衝申報。每一孕婦產檢，若於醫療院所產檢，其代碼69須與就醫序號IC41或IC45擇一申報；若於助產所產檢，其代碼70須與就醫序號IC51或IC55擇一申報；不得重複申報。未依規定申報者，不予核付該篩檢費用。
- 6.重複條件檢核：醫令代碼61、62、64、65及69、70，同院所同ID一年內不得重複3次(含)以上。
- 7.有關性別條件之定義如下：性別為女性。

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 ≥ 30 」；

b. 篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年 ≥ 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，須先完成本部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，應符合健康署「預防保健服務之子宮頸細胞病理診斷單位資格審查原則」之規定，但年度結算，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健康署資格審查之子宮頸細胞病理診斷單位申報。

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

四、婦女乳房 X 光攝影檢查

(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 歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女，每二年乙次。	乳房 X 光攝影	1,245

註：1.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 ≥ 2 」；
 - (3) 補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為：
 - a.代碼 91 之年齡條件為「 $45 \leq$ 就醫年－出生年 ≤ 70 」；
 - b.代碼 93 之年齡與資格為「 $40 \leq$ 就醫年－出生年 ≤ 44 」，醫療院所須要求受檢婦女檢具其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件(如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書)，並留存影本於病歷中備查。
2. 經本部認可辦理預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查之醫事機構名單，將公告於健康署網站。
3. 加強篩檢異常民眾追蹤：
- 特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查之醫事服務機構，其篩檢疑似陽性個案追蹤完成率未達標準者，本部得依下表規定核付當年度篩檢費用：

(1) 計算方式

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

- (2) 篩檢疑似陽性個案數以健康署篩檢資料庫數據進行統計，計算期間為當年度 1 月 1 日至 12 月 31 日。
- (3) 篩檢疑似陽性個案追蹤完成率=篩檢疑似陽性個案已追蹤完成數/篩檢疑似陽性個案數。
- (4) 篩檢疑似陽性個案追蹤完成數為醫事服務機構乳房 X 光攝影篩檢結果為 category「0」、「3」、「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。
- (5) category「0」的個案須於 2 個月內完成複檢；category「3」的個案須於 6 個月內完成複檢；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 2 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。

(6)如醫事服務機構同時有院內攝影儀器及乳攝車，分開計算。

4. 維持篩檢品質：

特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查之醫事服務機構，其年工作量超出健康署訂定標準者，本部得依下列標準不核付當年度部分篩檢費用：

- (1)特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查之醫事服務機構，每年工作量應符合健康署「預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則」之規定，但年度結算，超出年規定合理量十分之一，則超量部分不核付費用。
- (2)每名通過健康署「預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查」之放射師（士）每年之合理乳房 X 光攝影檢查數量為 6,000 案；所有放射師（士）之工作天數（含例假日）/365 天 X 6000 案之總和，為該機構之年乳房 X 光攝影檢查合理量。

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 75 歲者，每二年乙次（註 1）	1.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、運送等所需人力與行政業務。 2.於提供採檢管時須完成衛教檢核表並將檢核表書面留存備查（註 2）。 3.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。（註 3）	200
		加強篩檢異常民眾追蹤（註 4）		100~250

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「 $50 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 75$ 」；
- (2)篩檢間隔條件為「當次就醫年 - 前次就醫年 ≥ 2 」。

2.衛教檢核表將公告於健康署網站。

3.定量免疫法糞便潛血檢查：

- (1)經本部認可辦理定量免疫法糞便潛血檢驗醫事機構之名單，將公告於健康署網站。
- (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部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 之補助金額由特約醫療院所申報費用。

4.加強篩檢異常民眾追蹤：

糞便潛血檢驗結果為陽性者，於檢驗日期起 3 個月內接受後續確診（大腸鏡檢查、乙狀結腸鏡+鉬劑攝影檢查），依年度確診率達成情形，採分段補助，亦即於同一特約機構之確診個案，每名追蹤費最低補助 100 元及最高為 250 元。各特約機構確診率達成情形，將定期公告於健康署網站，並於次年結算後，委請中央健康保險署代撥費用（名單將公告於健康署網站，名單內醫療院所方能獲得補助費用）。

- (1)確診率 $< 55\%$ ：支付 100 元/每名確診個案。
- (2) $60\% >$ 確診率 $\geq 55\%$ ：支付 150 元/每名確診個案。
- (3) $70\% >$ 確診率 $\geq 60\%$ ：支付 200 元/每名確診個案。
- (4)確診率 $\geq 70\%$ ：支付 250 元/每名確診個案。

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歲以上有嚼檳榔(含已戒)或吸菸習慣者，每二年乙次	口腔黏膜檢查	130
97	IC97	18歲以上至未滿30歲有嚼檳榔(含已戒)習慣之原住民，每二年乙次	口腔黏膜檢查	130
		口腔黏膜檢查服務品質(註2)		20

註：

1.有關身分、年齡條件及篩檢間隔條件之定義如下：

- (1) 30歲以上受檢者身分需為嚼檳榔(含已戒)或吸菸民眾，18歲以上至未滿30歲受檢者身分需為嚼檳榔(含已戒)原住民；
- (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：
 - a. 代碼95之年齡條件定義為「就醫年-出生年 \geq 30」；
 - b. 代碼97之年齡條件定義為「18 \leq 就醫年-出生年 \leq 29」，受檢原住民須出示戶口名簿(如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書)，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。

2.口腔黏膜檢查醫療機構經評符合下列三項指標(資料來源為健康署癌症篩檢系統)者，每案口腔黏膜檢查增加20元(醫療機構名單將公告於健康署網站，名單內之醫療機構方能獲得補助)：

- (1) 完整申報篩檢個案「菸檳行為」達95%；
- (2) 篩檢陽性個案電話追蹤和申報至少達95%，且兩個月內接受後續確診至少達60%；
- (3) 篩檢陽性個案追蹤結果為「無法聯繫」、「出國」及「搬家」者小於10%。

七、成人預防保健「健康加值」方案

(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	<p>第一階段</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 受檢者應先填寫「成人預防保健『健康加值』方案服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱症檢測。 2. 生化檢查：血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、GOT、GPT、肌酸酐。 3. 尿液檢查：蛋白質。【採定性方式即可】 4. 腎絲球過濾率計算。 5. 低密度脂蛋白膽固醇計算。 	300
23	IC21		<p>第二階段</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 第一階段之檢驗結果判讀與建議。 2. 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。 3. 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。 	220
22	IC22	65歲以上者，每年補助乙次	<p>第一階段</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 受檢者應先填寫「成人預防保健『健康加值』方案服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱症檢測。 2. 生化檢查：血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、GOT、GPT、肌酸酐。 3. 尿液檢查：蛋白質。【採定性方式即可】 4. 腎絲球過濾率計算。 5. 低密度脂蛋白膽固醇計算。 	300
24	IC22		<p>第二階段</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 第一階段之檢驗結果判讀與建議。 2. 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。 3. 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。 	220
25	IC23	罹患小兒麻痺且年在35歲以上者，每年補助乙次	<p>第一階段</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 受檢者應先填寫「成人預防保健『健康加值』方案服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱症檢測。 2. 生化檢查：血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、GOT、GPT、肌酸酐。 3. 尿液檢查：蛋白質。【採定性方式即可】 4. 腎絲球過濾率計算。 5. 低密度脂蛋白膽固醇計算。 	300
26	IC23		<p>第二階段</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 第一階段之檢驗結果判讀與建議。 2. 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。 3. 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。 	220

代碼	就醫序號	給付時程	服務項目	補助金額
27	IC24	身分別為原住民且55歲以上未滿65歲，每一年補助乙次	第一階段 1. 受檢者應先填寫「成人預防保健『健康加值』方案服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱症檢測。 2. 生化檢查：血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、GOT、GPT、肌酸酐。 3. 尿液檢查：蛋白質。【採定性方式即可】 4. 腎絲球過濾率計算。 5. 低密度脂蛋白膽固醇計算。	300
28	IC24		第二階段 1. 第一階段之檢驗結果判讀與建議。 2. 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。 3. 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
21+L1001C 限併同申報	IC21	民國55年以後(含55年)出生且滿45歲，終身補助乙次	第一階段 1. 受檢者應先填寫「成人預防保健『健康加值』方案服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱症檢測。 2. 生化檢查：血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、GOT、GPT、肌酸酐、 B型肝炎表面抗原、C型肝炎抗體檢查。【B、C型肝炎實驗室檢查採用酵素免疫分析法(enzyme-link immunosorbent assay, ELISA)或同等級(含)以上的方法。】 3. 尿液檢查：蛋白質。 4. 腎絲球過濾率計算。 5. 低密度脂蛋白膽固醇計算。	500
23	IC21		第二階段 1. 第一階段之檢驗結果判讀與建議。 2. 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。 3. 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220
25+L1001C 限併同申報	IC23	民國55年以後(含55年)出生且滿45歲之罹患小兒麻痺者，終身補助乙次	第一階段 1. 受檢者應先填寫「成人預防保健『健康加值』方案服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱症檢測。 2. 生化檢查：血糖、總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、GOT、GPT、肌酸酐、 B型肝炎表面抗原、C型肝炎抗體檢查。【B、C型肝炎實驗室檢查採用酵素免疫分析法(enzyme-link immunosorbent assay, ELISA)或同等級(含)以上的方法。】 3. 尿液檢查：蛋白質。【採定性方式即可】 4. 腎絲球過濾率計算。 5. 低密度脂蛋白膽固醇計算。	500

代碼	就醫序號	給付時程	服務項目	補助金額
26	IC23		1. 第一階段之檢驗結果判讀與建議。 2. 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。 3. 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220

※ 修改成人預防保健服務代碼(21-28)之服務項目，自100年8月1日開始實施。

※ 新增民國55年以後(含55年)出生且滿45歲，終身補助乙次B、C型肝炎篩檢之第一階段服務代碼21+L1001C及25+L1001C(罹患小兒麻痺者)，並自100年8月1日開始實施。

備註：

- 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、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等之定義如下：
 - 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；第一階段醫令代碼(21 或 21+L1001C)需符合篩檢條件
 - 醫令代碼 22、24：就醫年-出生年≥65
 - 醫令代碼 24：就醫年-出生年=65 者第一階段醫令代碼(21 或 22)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
 - 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≥1
 - 醫令代碼 26：第一階段醫令代碼(25 或 25+L1001C)需符合篩檢條件
 - 醫令代碼 27、28：55≤就醫年-出生年≤64
 - 醫令代碼 27：當次就醫年-前次就醫年≥1
 - 醫令代碼 28：第一階段醫令代碼(27) 需符合篩檢條件
 - 醫令代碼 21+L1001C：出生年≥55，且就醫年-出生年≥45，終身補助一次
 - 醫令代碼 25+L1001C：出生年≥55，且就醫年-出生年≥45，終身補助一次
 - 0≤「23」執行年月-「21/21+L1001C」執行年月≤6
 - 0≤「24」執行年月-「22/21」執行年月≤6(21:限第一階段就醫年-出生年=64，第二階段就醫年-出生年=65)
 - 0≤「26」執行年月-「25/25+L1001C」執行年月≤6
 - 0≤「28」執行年月-「27」執行年月≤6

【附表二】

特約醫事服務機構申請辦理國民健康署成人預防保健

「健康加值」方案，需具備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（三酸甘油酯）、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）。
能力試驗證明文件出具單位	1.國內：台灣醫事檢驗學會、財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation，TAF)或相當等級之單位。 2.國外：美國病理學會(College of American Pathologists，CAP)或相當等級之單位。
能力試驗證明文件通過年份	(申請年份－文件年份) ≤ 3

【附表三】

國民健康署成人預防保健「健康加值」方案服務 雙軌作業方式聲明書

我已經瞭解成人預防保健「健康加值」方案服務雙軌作業方式，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「健康加值」方案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

國民健康署成人預防保健「健康加值」方案服務檢查單

第一階段日期： 年 月 日

第二階段日期： 年 月 日

- ◎ 如果您年齡為 40 歲以上未滿 65 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 35 歲以上小兒麻痺患者、55 歲以上原住民或 65 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)：_____
- ◎ 如果您是民國 55 年或以後出生且滿 45 歲，您是否曾於成人預防保健服務時接受過 B、C 型肝炎檢查？
 否 是，請簽名或蓋章(手印)：_____ (勾選「否」者，本次可做 B、C 型肝炎檢查)
- ◎ 除成人預防保健服務之外，您是否曾接受過 B、C 型肝炎檢查？ 否 是

※請注意：

- ◎ 若受檢民眾同時符合執行下列預防保健服務者，請提供服務或轉介民眾至適當院所執行。

篩檢項目	檢查對象及時程	此次是否要檢查
●子宮頸抹片檢查：	30 歲以上婦女每年一次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
●乳房攝影檢查：	45 歲以上至未滿 70 歲之婦女及 40 歲以上至未滿 45 歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女，每二年一次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
●口腔黏膜檢查：	30 歲以上嚼檳榔或吸菸者，每二年一次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
●糞便潛血檢查：	50 歲以上至未滿 75 歲者，每二年一次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

- ◎ 成人預防保健服務給付時程為 40 歲以上未滿 65 歲者，每三年補助一次；35 歲以上小兒麻痺患者、55 歲以上原住民或 65 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。

- ◎ 本人同意接受成人預防保健服務。請簽名或蓋章(手印)：(一) _____ (二) _____
 (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)

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	身分證統一編號	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	()
	現地址	縣(市) _____ 鄉鎮市區 _____ 村里 _____ 鄰 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓		
	戶籍地	縣(市) _____	教育程度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國(初)中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科、大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上
疾病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血脂症 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> B 型肝炎 <input type="checkbox"/> C 型肝炎 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
長期服藥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，病因 _____			
家族史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血脂異常 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 癌症 _____ <input type="checkbox"/> 其他：_____			
健康行為	1. 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 2. 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 3. 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 4. 最近兩週，您是否有運動(每週達 150 分鐘以上)？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有，但未達每週 150 分鐘(2.5 小時) <input type="checkbox"/> 有，且每週達 150 分鐘以上(2.5 小時) 5. 您是否出現咳嗽超過二週的情形？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有			
憂鬱檢測	1. 過去兩週，你是否感覺情緒低落、沮喪或沒有希望？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 2. 過去兩週，你是否感覺做事情失去興趣或樂趣？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			

※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 脈搏：_____次/分 血壓：_____ / _____ mmHg 腰圍：_____吋 或 _____公分【可擇一填寫】 身體質量指數(BMI)：_____【理想值：18.5 ≤ BMI < 24】 ◎計算方式：體重(公斤)/身高(公尺) ² 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"/> 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：_____ 呼吸聽診： <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：_____ 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 蛋白質：定性： <input type="checkbox"/> ：- <input type="checkbox"/> ：+/- <input type="checkbox"/> ：+ <input type="checkbox"/> ：++ <input type="checkbox"/> ：+++ <input type="checkbox"/> ：++++ 或定量：_____ mg/dl (參考值：_____) 【定性或定量可擇一填寫】 生化檢查 飯前血糖：_____ mg/dl (參考值：_____) 總膽固醇：_____ mg/dl (參考值：_____) 三酸甘油酯：_____ mg/dl (參考值：_____) 高密度脂蛋白膽固醇：_____ mg/dl (參考值：_____) 低密度脂蛋白膽固醇計算：_____ mg/dl (參考值：_____) (僅適用三酸甘油酯 ≤ 400 mg/dl) ◎計算方式：總膽固醇 - 高密度脂蛋白膽固醇 - (三酸甘油酯 ÷ 5) AST(GOT)：_____ IU/L (參考值：_____) ALT(GPT)：_____ IU/L (參考值：_____) 肌酸酐：_____ mg/dl (參考值：_____) 腎絲球過濾率 (eGFR) _____ ml/min/1.73 m ² ◎計算方式：男性：186 × (血清肌酸酐) ^{-1.154} × (年齡) ^{-0.203} 女性：186 × (血清肌酸酐) ^{-1.154} × (年齡) ^{-0.203} × 0.742 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未執行 C 型肝炎抗體(Anti-HCV)： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未執行
	健康諮詢 <input type="checkbox"/> 戒菸 <input type="checkbox"/> 節酒 <input type="checkbox"/> 戒檳榔 <input type="checkbox"/> 規律運動 <input type="checkbox"/> 維持正常體重 <input type="checkbox"/> 健康飲食 <input type="checkbox"/> 事故傷害預防 <input type="checkbox"/> 口腔保健
檢 查 結 果 與 建 議 身體檢查部分： 血 壓： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 飯前血糖： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 血脂肪： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 腎功能： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 肝功能： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 代謝症候群： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有：建議 <input type="checkbox"/> 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 (代謝症候群定義：腰圍、血壓、空腹血糖、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇，其中3項或超過3項異常) B 型肝炎表面抗原： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 C 型肝炎抗體： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 進一步檢查 <input type="checkbox"/> 接受治療 咳嗽症狀： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有：建議轉診進一步評估是否可能為結核病 憂鬱檢測： <input type="checkbox"/> 2題皆答「否」 <input type="checkbox"/> 2題任1題答「是」，建議轉介至相關單位接受進一步服務	
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：_____

【附表五】

國民健康署【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	身分證統一編號	
	出生日期	____年____月____日(年齡____歲____月)			聯絡電話	
	現住地址	____縣市____鄉鎮市區____村里____鄰____路街____段____巷____弄____號____樓				
身長/身高	____公分(百分位)	體重	____公斤(百分位)	頭圍	____公分(百分位)	
健康評估及建議處置	<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				
		<input type="checkbox"/> 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						
特殊記載						
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。

*家長同意兒童受檢簽名：_____與兒童關係：_____

(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)

【附表六】

國民健康署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 ⑥自費健康檢查

時程代碼：_____

一、個人基本資料(檢查婦女填寫)

*2. 姓名：_____

*3. 出生日期：民國_____年_____月_____日

*4. 身分證統一編號或統一證號(外籍)：_____

*5. 電話：_____

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

*7. 現住址：

縣 鄉鎮 村 路
市 市區 里 (街) 段
巷 弄 號 樓 (鄉鎮代碼)

*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

*有無自覺症狀?如非月經期間不正常陰道出血及異常分泌物①是 ②否

*受檢者同意受檢簽名：_____

本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用

三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

- 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前次抹片難以判讀 ⑤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-----⑥

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

ATYPICAL GLANDULAR CELLS

- Atypical glandular cells-----⑤
Atypical glandular cells favor neoplasm-----⑮

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU

ADENOCARCINOMA

OTHER MALIGNANT NEOPLASM

- 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

*請輸入確診日期 (105年4月修訂)

國民健康署婦女子宮頸抹片檢查表

*國籍：①本國 ②外籍人士

④前次抹片難以判讀 ⑤其他

*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
⑥自費健康檢查

時程代碼：_____

一、個人基本資料(檢查婦女填寫)

*2. 姓名：_____

*3. 出生日期：民國_____年_____月_____日

*4. 身分證統一編號或統一證號(外籍)：

*5. 電話：_____

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

*7. 現住址：

縣 鄉鎮 村 路
_____市_____市區_____里_____ (街)_____段
_____巷_____弄_____號_____樓-- _____
(鄉鎮代碼)

縣 鄉鎮

*8. 戶籍住址：_____市_____市區-- _____
(鄉鎮代碼)

二、個案臨床資料(檢查婦女填寫)

9. 最近一次抹片檢查時間？①1年內②1-2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

*有無自覺症狀?如非月經期間不正常陰道出血及異常分泌物①是 ②否

*受檢者同意受檢簽名：_____

本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用

三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

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

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-----⑩

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

*請輸入確診日期
(105年4月修訂)

國民健康署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
⑥自費健康檢查

時程代碼：_____

一、個人基本資料(檢查婦女填寫)

*2. 姓名：_____

*3. 出生日期：民國_____年_____月_____日

*4. 身分證統一編號或統一證號(外籍)：

*5. 電話：_____

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

*7. 現住址：

縣 鄉鎮 村 路
市 市區 里 (街) 段
巷 弄 號 樓--
(鄉鎮代碼)

縣 鄉鎮

*8. 戶籍住址：市 市區--
(鄉鎮代碼)

二、個案臨床資料(檢查婦女填寫)

9. 最近一次抹片檢查時間？①1年內②1-2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

*有無自覺症狀？如非月經期間不正常陰道出血及異常分泌物①是 ②否

*受檢者同意受檢簽名：_____

本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用

三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

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前次抹片難以判讀 ⑤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-----⑩

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

*請輸入確診日期

(105年4月修訂)

國民健康署子宮頸 (陰道) 切片個案資料登記表

申報機構名稱：_____ 填表人：_____ 申報日期：_____

1. 個案姓名：_____
2. 出生日期：西元____年____月____日..... ____ / ____ / ____ (YYYY/MM/DD)
3. 身份證**統一編號**或**統一證號(外籍)**：_____
4. 切片病理編號：_____
5. 切片採檢機構：_____
6. 切片判讀機構：_____
7. **切片日期**：西元____年____月____日... ____ / ____ / ____ (YYYY/MM/DD)
8. 切片報告日期：西元____年____月____日... ____ / ____ / ____ (YYYY/MM/DD)
9. 病歷號：_____
10. 國籍別：.....
 1□ 本國人士
 2□ 外籍人士
11. 病理組織部位：.....
 01□ 子宮頸
 02□ 陰道(備註：子宮頸全切除者申報陰道切片)
03□ 子宮內膜 (備註：子宮內膜切片結果為 06, 08, 09, 10, 12 等異常結果者須申報)
12. 手術方式：.....
 01□ 全切除例如：ATH, VTH, LAVH, radical hysterectomy, trachelectomy, vaginectomy 等
 02□ 圓錐切片例如：leep, conization, wedge resection 等
 03□ 小切片例如：punch, cervical polypectomy, biopsy 等
 04□ 子宮頸管搔刮術 (Endocervical curettage,ECC)
05□ 子宮內膜搔刮術 (Dilatation and curettage, D&C)
13. 子宮頸 (陰道) 病理組織切片結果(或診斷病名):.....
 00□ Unremarkable cervical epithelium (no pathological change, no pathological diagnosis)
 01□ Benign epithelial lesion (Benign tumor, Inflammatory & reactive changes, myoma)
 02□ Mild dysplasia (Flat condyloma; CIN 1; LSIL)
 03□ Moderate dysplasia (CIN 2; HSIL)
 04□ Severe dysplasia (Carcinoma in situ; CIN 3, HSIL)
 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 : _____

國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查表

支付方式：預防保健；健保醫療給付；其他公務預算補助；自費健康檢查；其他。乳房攝影車篩檢：否；是(車號_____；所屬單位院所名稱_____機構代碼_____)。

病歷號：_____

個人基本資料 (檢查婦女填寫)

姓名	身分證統一編號 統一證號(外籍)											
出生日期	_____年_____月_____日	聯絡資訊	電話：(____) _____ 手機：_____									
現居住地址	鄉鎮市區代碼： <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
教育	<input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 小學； <input type="checkbox"/> 國(初)中； <input type="checkbox"/> 高中/高職； <input type="checkbox"/> 專科、大學； <input type="checkbox"/> 研究所以上； <input type="checkbox"/> 拒答。											
其它資訊	身高：____公分；體重：____公斤。											

個案臨床資料 (檢查婦女填寫)

疾病史	有無得過下列疾病？ <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：					
	血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母
	罹患乳癌人數					
	<input type="checkbox"/> 無。					
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 X 光檢查； <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> 以上皆未做過。 是否曾接受過乳房手術？ <input type="checkbox"/> 是：(<input type="checkbox"/> 左側， <input type="checkbox"/> 右側)； <input type="checkbox"/> 否。					

1.本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用。

2.乳房 X 光攝影經證實可發現早期乳癌，但準確度並非 100%，約有 15%的乳癌無法有效偵測，所以即使檢查結果正常，在下次定期檢查前，如有發現異狀，仍應儘速就醫。

受檢婦女簽名：_____

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

受檢婦女簽名：_____

乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)

醫院名稱	醫事機構代碼									
攝影日期	_____年_____月_____日									
攝影儀機型	<input type="checkbox"/> CR 乳房 X 光攝影儀 (Computed Radiography, CR) ; <input type="checkbox"/> DR 乳房 X 光攝影儀 (Digital Radiography, DR) 。									
乳房觸診檢查	<input type="checkbox"/> 有腫塊或其他異常， 請在右圖相關位置標示「X」； <input type="checkbox"/> 無異常； <input type="checkbox"/> 未做觸診檢查。									
乳腺組成	<input type="checkbox"/> Fatty breast ; <input type="checkbox"/> Scattered fibroglandular density ; <input type="checkbox"/> Moderate dense ; <input type="checkbox"/> Extremely dense 。									
與舊片比較	<input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否，理由為： <input type="checkbox"/> 第一次篩檢， <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 X 光攝影檢查異常個案報告表」。 <input type="checkbox"/> (0)需附加其他影像檢查再評估 (Category 0: Need Additional Imaging Evaluation.) <input type="checkbox"/> (1)無異常發現 (Category 1: Negative.) <input type="checkbox"/> (2)良性發現 (Category 2: Benign Finding) <input type="checkbox"/> (3)可能是良性發現—六個月內須追蹤檢查 (Category 3: Probably Benign Finding – Short Interval Follow-Up Suggested.) <input type="checkbox"/> (4)可疑異常須考慮組織生檢 (Category 4: Suspicious Abnormality – Biopsy Should Be Considered.) <input type="checkbox"/> a. Low suspicion <input type="checkbox"/> b. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> c. High suspicion <input type="checkbox"/> (5)高度懷疑為惡性腫瘤必須採取適當的措施 (Category 5: Highly Suggestive of Malignancy – Appropriate Action Should Be Taken.)									
放射科醫師	醫事放射師									

國民健康署定量免疫法糞便潛血檢查表

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

篩檢地點：①社區或職場設站篩檢；②門診；③住院；④郵寄；⑤其他。

基本資料

姓名：_____ 性別：男 女 出生日期：____年____月____日

身分證統一編號：_____ 聯絡電話：() _____

統一證號(外籍)：_____ 手機：_____

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：_____)

縣 市鄉 村 路 段 巷 號

市 區鎮 里 街 弄 樓

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

⑦拒答

家族病史

1. 請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過大腸直腸癌？①無；②有；③不知道。

2. 請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過其他癌症？①無；②有；③不知道。

有無症狀

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

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

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 (HM-JACK)，③其他_____，④Kyowa (HM-JACKarc)。

個案確診結果 (由檢查醫療院所詢問個案後填寫)

1. 前項檢查陽性個案於檢查後三個月內有沒有接受後續確診？①沒有；②有。

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

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

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

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

*如有瘻肉，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：_____。

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

(105年4月修訂)

國民健康署定量免疫法糞便潛血檢查表

支付方式：①預防保健；③健保醫療給付；④其他公務預算補助；⑤自費健康檢查；⑨其他。
篩檢地點：①社區或職場設站篩檢；②門診；③住院；④郵寄；⑤其他。

基本資料

姓名：_____ 性別：男 女 出生日期：____年____月____日

身分證統一編號：□□□□□□□□□□ 聯絡電話：() _____
統一證號(外籍)：_____ 手機：_____

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

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

家族病史

- 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；③不知道。
- 請問您的父母、兄弟姐妹或子女有無得過其他癌症？①無；②有；③不知道。

有無症狀

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

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

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 (HM-JACK)，③其他_____，④Kyowa (HM-JACKarc)。

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三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其他_____。
- 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。
- 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：_____。

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

第二聯：存確診及治療醫院

【附表九】

國民健康署口腔黏膜檢查表

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

支付方式：①預防保健；③健保醫療給付；④其他公務預算補助；⑤自費健康檢查；⑨其他。

篩檢地點：①社區或職場設站篩檢；②醫療院所。

檢查醫師科別：①牙科；②耳鼻喉科；③經健康署核可之其他科別專科醫師。

第一聯：存檢查醫療機構

基本資料

姓名：_____ 性別：男 女 出生日期：____年____月____日 原住民：是 否

身分證統一編號：□□□□□□□□□□ 聯絡電話：(____) _____

統一證號(外籍)：□□□□□□□□□□ 手機：_____

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：□□□□) _____

縣 市 鄉 鎮 村 路 段 巷 號
市 區 里 街 弄 樓

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

菸檳習慣

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

有無症狀 自覺口腔黏膜有無異常症狀?如異常顏色斑塊、難癒合之潰瘍及贅生物等症狀 ①無；②有

本人同意接受口腔黏膜檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用，並確認以上菸檳習慣正確無誤：_____ (簽名)

口腔黏膜檢查情形 (檢查醫療院所填寫)

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

2. 檢查結果：

①未發現以下需轉介之異常；

需轉介，轉介原因 (單選；若同時出現兩種(含)以上原因，請勾選編碼較小者。)

- ①疑似口腔癌 ②口腔內外不明原因之持續性腫塊 ③紅斑
- ④紅白斑 ⑤疣狀增生 ⑥非均質性白斑 ⑦均質性厚白斑
- ⑧均質性薄白斑 ⑨口腔黏膜下纖維化症 (張口不易或舌頭活動困難)
- ⑩約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛 ⑪扁平苔癬
- ⑫口腔黏膜不正常，但診斷未明 ⑬其他：_____

檢查醫師簽名 (蓋章)：_____ 醫師執業執照號碼：_____

陽性個案轉診單 (建議轉介確診醫院科別：口腔顎面外科、耳鼻喉科)

1. 前項檢查陽性個案轉至 _____ 醫院接受確診。

2. 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(複檢)醫院名稱及代碼：_____，確診日期：____年____月____日。
- 4. 病理切片：①無，②有。
- 5. 診斷結果：③正常，

經臨床診斷(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變(如可區分白斑型態，請優先勾選⑧⑨⑩)：

- ⑧非均質性白斑 ⑨均質性厚白斑 ⑩均質性薄白斑 ⑪白斑，
- ⑫紅斑，⑬紅白斑，⑭疣狀增生，⑮口腔黏膜下纖維化症，⑯扁平苔癬，
- ⑰疑似口腔癌，⑱其他_____。

經病理診斷(確診)為：①口腔癌；

- ②上皮變異 (③輕度 ④中度 ⑤重度)；
- ⑥其他：_____。

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

【附表九之一】

國民健康署 18 歲以上至未滿 30 歲具原住民身分且有嚼(戒)檳榔行為之口腔黏膜檢查聲明書

【本檢查經費由國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應】

立聲明書人_____（以下簡稱本人），
因為_____之原因，故無法出具原住民證明相關文件，
茲證明我具原住民身分且有嚼(戒)檳榔行為，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：本資料請醫療院所留存於病歷中。

國民健康署 40 歲以上至未滿 45 歲且其母親、女兒、姊妹、祖母
或外祖母曾患有乳癌之婦女乳房 X 光攝影檢查聲明書

立聲明書人_____（以下簡稱本人），因為_____
之原因，故無法出具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，茲證明我的 母親， 姊妹， 女兒， 祖母， 外
祖母 曾患有乳癌，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：_____

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。

【附表十一】

國民健康署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	身分證統一編號	X(10)	國民身分證統一編號，或外籍居留證 號碼（如無居留證號碼請填護照號 碼），左靠不足補空白。身分證統一 編號檢查原則，請參考註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	現住地鄉鎮市區	X(4)	鄉鎮市區代碼4碼，非郵遞區號（請 參考最新版鄉鎮市區代碼對照表）
7	身長/身高	9(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3。
11	需注意或異常項目-生長評估	X(1)	0：無；1：有。請參見註4。
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。

項次	資料名稱	格式	資料說明
			請參見註4。
13	需注意或異常項目-身體檢查	X(1)	0：無；1：有。請參見註4。
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4。
15	需注意或異常項目-發展評估	X(1)	0：無；1：有。請參見註4。
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4。
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5。
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	X(1)	0：無；1：有。

項次	資料名稱	格式	資料說明
	-神經肌肉發展		
33	一般檢查需注意或異常項目-其他	X(1)	0：無；1：有。
34	身體檢查需注意或異常項目-眼睛檢查	X(1)	0：無；1：有。
35	身體檢查需注意或異常項目-對聲音反應	X(1)	0：無；1：有。
36	身體檢查需注意或異常項目-口腔檢查	X(1)	0：無；1：有。
37	【1.5-2 歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-動作	X(1)	0：無；1：有。請參見註 6。
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	【1.5-2 歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-語言	X(1)	0：無；1：有。請參見註 6。
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	【1.5-2 歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-認知	X(1)	0：無；1：有。請參見註 6。
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	【1.5-2 歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-社會情緒	X(1)	0：無；1：有。請參見註 6。
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	【1.5-2 歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-其他	X(1)	0：無；1：有。
52	【3-7 歲之 3-4 歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-動作	X(1)	0：無；1：有。請參見註 6。
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	【3-7 歲之 3-4 歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-語言	X(1)	0：無；1：有。請參見註 6。
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】

項次	資料名稱	格式	資料說明
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	【3-7歲之3-4歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-認知	X(1)	0：無；1：有。請參見註6。
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	【3-7歲之3-4歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-社會情緒	X(1)	0：無；1：有。請參見註6。
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	【3-7歲之3-4歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-其他	X(1)	0：無；1：有。請參見註6。
69	【3-7歲之4-7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-動作	X(1)	0：無；1：有。請參見註6。
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	【3-7歲之4-7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-語言	X(1)	0：無；1：有。請參見註6。
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	【3-7歲之4-7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-認知	X(1)	0：無；1：有。請參見註6。
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	【3-7歲之4-7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-社會情緒	X(1)	0：無；1：有。請參見註6。
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	【3-7歲之4-7歲兒童】 發展狀況需注意或異常項目-其他	X(1)	0：無；1：有。請參見註6。
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7。
86	特約醫事機構代碼	X(10)	衛生福利部編定之代碼。
87	特殊記載	X(30)	如有特殊利用情形者，請敘明。 中英文字至多鍵入30個BYTES，左靠不足補中文空白（BIG-5碼請補滿

項次	資料名稱	格式	資料說明
			30 個 BYTES)。
88	保留欄位	X(30)	預留欄位用。
89	受檢保險對象姓名	X(20)	左靠不足補中文空白 (BIG-5 碼請補滿 20 個 BYTES)，如為外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形，不足補英文空白 (姓名欄為檔案最後之欄位)。

註 1：性別檢查原則：

請醫事服務機構參考中央健康保險署之「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。

註 2：身分證統一編號檢查原則：

請醫事服務機構參考中央健康保險署「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。

註 3：「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 4：「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 5：「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 6：「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 $36 \leq \text{檢查年月} - \text{出生年月} \leq 48$ 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 7：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（醫院）申報，IC76、IC79 限基層醫療院所（診所）申報】。

註 8：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。

國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查陽性個案追蹤表

個人基本資料 (攝影醫院填寫)									
姓名	身分證統一編號								
				統一證號(外籍)					
出生日期	____年____月____日；			聯絡資訊			電話：(____)_____		
	年齡：____歲						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 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)									
醫院名稱				醫事機構代碼					
攝影日期	____年____月____日								
攝影檢查結果	<input type="checkbox"/> (Category 0)需附加其他影像檢查再評估			<input type="checkbox"/> (Category 4)可疑異常須考慮組織生檢 <input type="checkbox"/> A. Low <input type="checkbox"/> B. Moderate <input type="checkbox"/> C. High suspicion					
	<input type="checkbox"/> (Category 3)可能是良性發現一六個月內須追蹤檢查			<input type="checkbox"/> (Category 5)高度懷疑為惡性腫瘤，須採取適當的措施					
追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料)									
乳房 X 光攝影檢查結果為(Category 0、3)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 (可複選)	<input type="checkbox"/> 診斷性乳房 X 光攝影檢查； <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> 乳房磁振造影檢查； <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)可能是良性發現一須六個月追蹤檢查。 <input type="checkbox"/> (4)可疑異常須考慮組織生檢。 <input type="checkbox"/> A. Low <input type="checkbox"/> B. Moderate <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (5)高度懷疑為惡性腫瘤須採取適當措施。					
乳篩陽性個案為(4)、(5)及複檢後結果為(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 (可複選)	病理診斷 <input type="checkbox"/> 細針抽吸； <input type="checkbox"/> 粗針穿刺； <input type="checkbox"/> 鈎針定位； <input type="checkbox"/> 立體定位穿刺； <input type="checkbox"/> 手術切片檢查								
	臨床診斷 <input type="checkbox"/> 超音波； <input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影； <input type="checkbox"/> MRI； <input type="checkbox"/> 其他：_____。 臨床診斷檢查結果為： <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-六個月內須追蹤檢查。								
手術	<input type="checkbox"/> 無，原因： <input type="checkbox"/> 拒絕手術； <input type="checkbox"/> 腫瘤轉移； <input type="checkbox"/> 中醫療法； <input type="checkbox"/> 其他_____ (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：_____。								
<input type="checkbox"/> 非手術切片病理結果 (局部淋巴結欄位可不填) <input type="checkbox"/> 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)					
	<input type="checkbox"/> 腺管原位癌 (DCIS) <input type="checkbox"/> 侵襲性癌 (Invasive carcinoma)								
	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 <input type="checkbox"/> 放射線治療、 <input type="checkbox"/> 化學治療、 <input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療、 <input type="checkbox"/> 標靶治療			<input type="checkbox"/> 未治療					
<input type="checkbox"/> 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。									

【附表十四】

國民健康署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 14-1】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 14-2】或【表 14-3】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、△為非必填或條件限制下必填；
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。

14-1 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	健保署特約醫事機構代碼
2	聯絡人姓名	文字	10	V	
3	聯絡人電話	文字	20	V	電話區號以括號表示；分機以#表示，如： (02)34567890#123
4	回覆報告的電子信箱	文字	50	△	必須填寫正確電子信箱格式，如： test@email.com.tw
第一筆資料總長度			90		

14-2 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； 3：健保醫療給付； 4：其他公務預算補助； 5：自費健康檢查 9：其他
2	篩檢地點	文字	1	V	1：社區或職場設站篩檢； 2：門診； 3：住院； 4：郵寄； 5：其他。
3	醫令代碼	文字	2	V	代碼為 85
4	姓名	文字	10	V	以 10 個字元為上限，外國名亦同
5	性別	文字	1	V	1：男；2：女。
6	出生日期	文字	7	V	YYMMDD 例如 38 年 2 月 2 日請鍵入 0380202
7	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受 5~10 碼，大寫半型英數字元。如：A123456789
8	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
9	手機	文字	10	△	聯絡電話與手機擇一必填。
10	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼 4 碼，非郵遞區號 (請參考最新版鄉鎮市區代碼對照表)。

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
11	地址	文字	60	V	
12	教育	文字	1	V	1：無； 2：小學； 3：國(初)中； 4：高中(職)； 5：專科、大學； 6：研究所以上。 7：拒答。
13	父母、兄弟姊妹、子女有無大腸癌	文字	1	V	0：無； 1：有。 2：不知道
14	父母、兄弟姊妹、子女有無其他癌症	文字	1	V	0：無； 1：有。 2：不知道
15	有無症狀	文字	1	V	0：無； 1：有。
16	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	健保署特約醫事機構代碼(一律為10碼)
17	門診日期	文字	7	V	YYYYMMDD, 例如99年2月1日鍵入0990201
18	糞便潛血檢驗機構代碼	文字	10	V	必須和14-1.醫事機構代碼相同
19	檢驗日期	文字	7	V	YYYYMMDD, 例如99年2月1日鍵入0990201 檢驗室檢驗日期
20	檢驗結果	文字	1	V	0：陰性； 1：陽性。
21	檢驗結果數值	文字	4	V	若值為純數字時請勿使用小數點及負數，數值範圍限0~9999。 若值有大於>或小於<，請將><符號置於第一位，如>800
22	定量試劑商品名稱	文字	1	V	0：Eiken； 1：Kyowa (HM-JACK)； 2：其他。 3：Kyowa (HM-JACKarc)。
23	其他定量試劑商品名稱	文字	20	△	定量試劑為「2其他」時必填。
每筆資料總長度			190		

14-3 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	以 10 個字元為上限，外國名亦同（與 14-2 之序號 4 相同）
2	確診個案出生日期	文字	7	V	YYYYMMDD，例如 38 年 2 月 2 日請鍵入 0380202 （與 14-2 之序號 6 相同）
3	確診個案身分證統一編號或 統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍 統一證號 ，只接受 5~10 碼字元，大寫半型英數字元。如：A123456789
4	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	健保署特約醫事機構代碼（一律為 10 碼） （與 14-2 之序號 16 相同）
5	門診日期	文字	7	V	YYYYMMDD，例如 99 年 2 月 1 日請鍵入 0990201 （與 14-2 之序號 17 相同）
6	保留欄位	文字	2	△	本保留欄位原為醫令代碼。請以 2 個字元的空白代替。
7	陽性個案三個月內後續確診否	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。 （三個月內後續確診選「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 14-3 之序號 7：陽性個案三個月內後續確診為「1：有」時，此欄為必填）
11	確診日期	文字	7	△	YYYYMMDD，例如 96 年 6 月 8 日請鍵入 0990608 （若 14-3 之序號 7：陽性個案三個月內後續確診為「1：有」時，此欄為必填） 此為陽性個案至醫療院所接受後續確診的檢查日期
12	檢查方法	文字	1	△	1：大腸鏡； 2：大腸鋇劑攝影加乙狀結腸鏡； 3：乙狀結腸鏡； 4：大腸鋇劑攝影； 9：其他。 若 14-3 之序號 7：陽性個案三個月內後續確診為「1：有」時，此欄為必填
13	檢查方法-其他敘述	文字	40	△	（檢查方法選「9：其他」時，此欄為必填）
14	診斷結果	文字	1	△	0：正常； 1：痔瘡； 2：潰瘍性大腸炎； 3：瘻肉；

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
					4：大腸癌； 9：其他。 若 14-3 之序號 7：陽性個案三個月內後續確診為「1：有」時，此欄為必填 診斷結果若有 2 個以上之時，填寫順序依序為 4 大腸癌 > 3 瘻肉 > 2 潰瘍性大腸炎 > 1 痔瘡 > 其他
15	診斷結果-其他敘述	文字	40	△	(診斷結果選「9：其他」時，此欄為必填)
16	如有瘻肉，有無切除	文字	1	△	1：未切除； 2：已完全切除； 3：未完全切除。 (若 13. 診斷結果選「3：瘻肉」時，此欄為必填)
17	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
18	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)
19	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			259		

14-4 大腸檢查或確診追蹤刪除資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	
2	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	
3	門診日期	文字	7	V	YYYYMMDD，例如 99 年 2 月 1 日請鍵入 0990201 (與 14-2 之序號 17 相同)
每筆資料總長度			27		

Txt 檔產出規則

- 檢查結果資料；每筆資料均為固定長度，共 23 個欄位／190 byte，均採向左靠齊，不足以空白填補。
- 確診追蹤資料；每筆資料均為固定長度，共 19 個欄位／259 byte，均採向左靠齊，不足以空白填補。
- 產生 txt 的命名規則為：ColonA 檢驗單位健保代碼_5 碼.txt
如：ColonA3831040864_10101.txt
上傳檔案名稱命名範例—
大腸 FOBT 匯入檔名稱：ColonA3831040864_10101.txt
大腸 FOBT 匯入檔名稱(刪除用)：ColonA3831040864_10101_Del.txt
大腸確診匯入檔名稱：ColonB3831040864_10101.txt
大腸確診匯入檔名稱(刪除用)：ColonB3831040864_10101_Del.txt

檔名亦可如下方式命名為：

例如，大腸 FOBT 匯入檔名稱：ColonA3831040864_101A1.txt
上述檔案的「_」後面只要 5 碼即可，文字數字皆可接受。

【附表十五】

國民健康署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 15-1】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 15-2】或【表 15-3】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、△為非必填或條件限制下必填；
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。

15-1 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	健保署特約醫事機構代碼
2	聯絡人姓名	文字	10	V	
3	聯絡人電話	文字	20	V	電話區號以括號表示；分機以#表示，如： (02)34567890#123
4	回覆報告的電子信箱	文字	50	△	必須填寫正確電子信箱格式，如： test@email.com.tw
第一筆資料總長度			90		

15-2 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； 3：健保醫療給付； 4：其他公務預算補助； 5：自費健康檢查 9：其他
2	篩檢地點	文字	1	V	1：社區或職場設站篩檢； 2：醫療院所。
3	檢查醫師科別	文字	1	V	1：牙科； 2：耳鼻喉科； 3：經健康署核可之其他科別專科醫師。
4	醫令代碼	文字	2	V	95：30 歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者； 97：18 歲以上至未滿 30 歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民。
5	姓名	文字	10	V	以 10 個字元為上限，外國名亦同
6	性別	文字	1	V	1：男；2：女。
7	出生日期	文字	7	V	YYYYMMDD，例如 38 年 2 月 1 日鍵入 0380201
8	原住民	文字	1	V	1：是；2：否。
9	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受 5~10 碼，大寫半型英數字元。如：A123456789
10	聯絡電話	文字	20	△	電話區號以括號表示；分機以#表示，如： (02)34567890#123
11	手機	文字	10	△	聯絡電話與手機擇一必填。
12	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼 4 碼，非郵遞區號。

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
					(請參考最新版鄉鎮市區代碼對照表)
13	地址	文字	60	V	
14	教育	文字	1	V	1：無 2：小學 3：國(初)中 4：高中(職) 5：專科、大學 6：研究所以上 7：拒答。
15	嚼檳榔	文字	1	V	0：無 1：已戒 2：嚼10年以下，每天少於20顆 3：嚼10年以下，每天20顆及以上 4：嚼超過10年，每天少於20顆 5：嚼超過10年，每天20顆及以上
16	吸菸	文字	1	V	0：無 1：已戒 2：吸10年以下，每天少於20支 3：吸10年以下，每天20支及以上 4：吸超過10年，每天少於20支 5：吸超過10年，每天20支及以上
17	有無症狀	文字	1	V	0：無 1：有
18	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	必須和上傳的醫療院所代碼相同
19	門診日期	文字	7	V	YYMMDD，例如99年2月1日鍵入0990201，民眾看診日期
20	檢查結果	文字	2	V	0：未發現以下需轉介之異常； 1：疑似口腔癌； 2：口腔內外不明原因之持續性腫塊； 3：紅斑； 4：紅白斑； 5：疣狀增生； 71：非均質性白斑 72：均質性厚白斑 73：均質性薄白斑 76：口腔黏膜下纖維化症 8：約兩星期仍不癒之口腔潰爛/糜爛； 9：扁平苔蘚； 10：口腔黏膜不正常，但診斷未明； 99：其他。
21	檢查結果-其他敘述	文字	40	△	(檢查結果選「99：其他」時，此欄為必填)
22	前項檢查疑陽性個案轉至醫院代碼	文字	10	△	健保署特約醫事機構代碼(一律為10碼) 17檢查結果為「0」，不可匯入確診 若個案檢查結果為1~11或71,72,73，且此欄空白則自動帶入檢查醫院代碼，視同在原醫院做確診。 無資料時請以10個字元的空白代替

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
23	前項檢查陽性個案轉診醫院電話	文字	20	△	電話區號以括號表示；分機以#表示，如： (02)34567890#123 無資料時請以 20 個字元的空白代替
24	醫師執業執照號碼	文字	10	V	轄區衛生局核發之醫師執業執照號碼（身分證字號），大寫半型英數字元。如： A123456789
每筆資料總長度			231		

15-3 確診追蹤資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	確診個案姓名	文字	10	V	
2	確診個案出生日期	文字	7	V	YYMMDD, 例如 38 年 2 月 1 日鍵入 0380201
3	身份證統一編號或 統一證號	文字	10	V	
4	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	與 15-2 的序號 18 檢查醫療院所代碼相同。
5	門診日期	文字	7	V	YYMMDD, 例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201 與 15-2 的序號 19 門診日期相同。
6	保留欄位	文字	2	V	本保留欄位原為醫令代碼。請以 2 個字元的空白代替。
7	陽性個案兩個月內後續確診	文字	1	V	0: 沒有 1: 有
8	沒有接受確診理由	文字	1	△	1: 無法聯繫 2: 出國 3: 搬家 4: 死亡 5: 拒做 6: 其他 若 7: 陽性個案後續確診為「0: 沒有」時必填。
9	沒有接受確診理由-其他敘述	文字	50	△	若 8: 沒有接受確診理由為「6: 其他」時必填。
10	確診醫院代碼	文字	10	△	若 7: 陽性個案後續確診為「1: 有」時, 此欄必填。健保署特約醫事機構代碼(一律為 10 碼)
11	確診日期	文字	7	△	YYMMDD, 例如 99 年 3 月 1 日鍵入 0990301 若 7: 陽性個案後續確診為「1: 有」時, 此欄必填。
12	病理切片	文字	1	△	0: 無; 1: 有。 若 7: 陽性個案後續確診為「1: 有」時, 此欄必填。
13	臨床診斷(複檢)結果-非口腔癌之其他病變	文字	2	V	00: 正常; 08: 非均質性白斑 09: 均質性厚白斑 10: 均質性薄白斑 11: 白斑; 12: 紅斑; 13: 紅白斑; 14: 疣狀增生; 15: 口腔黏膜纖維化; 16: 扁平苔蘚; 20: 疑似口腔癌 99: 其他 若 7: 陽性個案後續確診為「1: 有」時, 13 或 14 欄位擇 1 必填。
14	臨床診斷(複檢)結果-非口腔癌之其他病變-其他敘述	文字	40	△	(臨床診斷(複檢)結果-非口腔癌之其他病變選「99: 其他」時, 此欄為必填)
15	診斷(確診)結果-病理診斷	文字	2	△	21: 口腔癌;

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
					22：上皮變異； 23：輕度上皮變異； 24：中度上皮變異； 25：重度上皮變異； 99：其他。 若 7：陽性個案後續確診為「1：有」時，13 或 14 欄位擇 1 必填。 若 12 之病理切片為「1 有」時為必填。
16	診斷（確診）結果-病理診斷-其他敘述	文字	40	△	（診斷（確診）結果-病理診斷選「99：其他」時，此欄為必填）
17	治療	文字	1	△	0：無； 1：有； 2：個案拒絕治療。 若 7：陽性個案後續確診為「1：有」，且 13 或 14：診斷結果非「00：正常」時，此欄必填。
18	治療醫院代碼	文字	10	△	若 15：治療為「1 有」時必填。 陽性個案後續確診為「0 沒有」時非必填。
每筆資料總長度			211		

15-4 口腔篩檢刪除資料 OralA Del

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	身份證統一編號或統一證號	文字	10	V	
2	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	檢查醫療院所代碼
3	門診日期	文字	7	V	YYMMDD，例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201
每筆資料總長度			27		

15-5 口腔篩檢刪除資料 OralB Del

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	身份證統一編號或統一證號	文字	10	V	
2	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	檢查醫療院所代碼
3	門診日期	文字	7	V	YYMMDD，例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201
每筆資料總長度			27		

上述 15-4, 15-5 的刪除欄位均相同，取決於檔案命名方式來判斷是要刪除 OralA 還是 OralB

Txt 檔產出規則

1. 口腔檢查結果：每筆資料均為固定長度，共 24 個欄位／231 字元(中英文均各視為單一字元)，均採向左靠齊，不足以空白填補。
2. 口腔確診追蹤：每筆資料均為固定長度，共 18 個欄位／211 字元(中英文均各視為單一字元)，均採向左靠齊，不足以空白填補。
3. 產生 txt 的命名規則為：OralA 檢驗單位健保代碼_5 碼.txt

如：OralA3831040864_10101.txt

上傳檔案名稱命名範例—

口腔檢查結果匯入檔名稱：OralA3831040864_10101.txt

口腔檢查結果匯入檔名稱(刪除用)：OralA3831040864_10101_Del.txt

口腔確診追蹤匯入檔名稱：OralB3831040864_10101.txt

口腔確診追蹤匯入檔名稱(刪除用)：OralB3831040864_10101_Del.txt

檔名亦可如下方式命名為：

例如，口腔黏膜篩檢匯入檔名稱：OralA3831040864_101A1.txt

上述檔案的「_」後面只要 5 碼即可，文字數字皆可接受。

【附表十六】

國民健康署成人預防保健「健康加值」方案服務檢查結果 資料電子檔申報格式

序號	欄位名稱	屬性	長度	備註
1	身分證統一編號	Character	10	
2	性別	Character	1	1：男；2：女
3	出生日期	Date	7	YYMMDD
4	電話	Character	10	
5	戶籍地	Character	4	0100：臺北市；0300：臺中市；0500：臺南市； 0700：高雄市；1100：基隆市；1200：新竹市； 2200：嘉義市；3100：新北市；3200：桃園縣； 3300：新竹縣；3400：宜蘭縣；3500：苗栗縣； 3700：彰化縣；3800：南投縣；3900：雲林縣； 4000：嘉義縣；4300：屏東縣；4400：澎湖縣； 4500：花蓮縣；4600：臺東縣；9000：金門縣； 9100：連江縣
6	醫事機構代號	Character	10	
7	委託代檢醫事檢驗機構代號	Character	10	
8	第一階段檢查日期	Date	7	YYMMDD
9	第二階段檢查日期	Date	7	YYMMDD
10	檢查結果上傳日期	Date	7	YYMMDD
11	曾於成人預防保健服務時接受過B、C型肝炎檢查	Character	1	1：否；2：是
12	疾病史：高血壓	Character	1	1：無；2：有
13	疾病史：糖尿病	Character	1	1：無；2：有
14	疾病史：高血脂症	Character	1	1：無；2：有
15	疾病史：心臟病	Character	1	1：無；2：有
16	疾病史：腦中風	Character	1	1：無；2：有
17	疾病史：腎臟病	Character	1	1：無；2：有
18	吸菸	Character	1	1：不吸菸 2：朋友敬菸或應酬才吸菸 3：平均一天約吸一包菸(含以下) 4：平均一天約吸一包菸以上
19	喝酒	Character	1	1：不喝酒 2：偶爾喝酒或應酬才喝 3：經常喝酒
20	嚼檳榔	Character	1	1：不嚼檳榔 2：偶爾會嚼或應酬才嚼 3：經常嚼或習慣在嚼
21	運動	Character	1	1：沒有 2：有，但未達每週150分鐘以上(2.5小時) 3：有，且每週達150分鐘以上(2.5小時)
22	憂鬱檢測：第一題	Character	1	1：否；2：是
23	憂鬱檢測：第二題	Character	1	1：否；2：是
24	身高	Numeric	3	xxx(cm)
25	體重	Numeric	3	xxx(kg)
26	收縮壓	Numeric	3	xxx(mmHg)
27	舒張壓	Numeric	3	xxx(mmHg)
28	腰圍	Numeric	4	xx.x(吋)或xxxx(公分)
29	BMI	Numeric	5	xxx.x
30	尿液蛋白質	Numeric	4	定量：xxxx(mg/dl)或定性：0000：-；1100：+/-；1111：+；2222：++；3333：+++；4444：++++
31	血糖	Numeric	3	xxx(mg/dl)
32	總膽固醇	Numeric	3	xxx(mg/dl)
33	三酸甘油酯	Numeric	4	xxxx(mg/dl)
34	低密度脂蛋白膽固醇計	Numeric	4	xxxx(mg/dl)

序號	欄位名稱	屬性	長度	備註
	算			
35	高密度脂蛋白膽固醇	Numeric	4	xxxx(mg/dl)
36	GOT	Numeric	4	xxxx(IU/l)
37	GPT	Numeric	4	xxxx(IU/l)
38	肌酸酐	Numeric	4	xx.x(mg/dl)
39	腎絲球過濾率(eGFR)計算	Numeric	5	xxx.x(ml/min/1.73m ²)
40	B型肝炎表面抗原(HBsAg)	Character	1	1:陰性; 2:陽性; 3:未執行
41	C型肝炎抗體(Anti-HCV)	Character	1	1:陰性; 2:陽性; 3:未執行
42	健康諮詢:戒菸	Character	1	1:否; 2:是
43	健康諮詢:節酒	Character	1	1:否; 2:是
44	健康諮詢:戒檳榔	Character	1	1:否; 2:是
45	健康諮詢:規律運動	Character	1	1:否; 2:是
46	健康諮詢:維持正常體重	Character	1	1:否; 2:是
47	健康諮詢:健康飲食	Character	1	1:否; 2:是
48	健康諮詢:事故傷害預防	Character	1	1:否; 2:是
49	健康諮詢:口腔保健	Character	1	1:否; 2:是
50	血壓檢查結果與建議	Character	1	1:正常 2:異常:建議:生活型態改善,並定期__個月追蹤 3:異常:建議:進一步檢查 4:異常:建議:接受治療
51	血糖檢查結果與建議	Character	1	1:正常 2:異常:建議:生活型態改善,並定期__個月追蹤 3:異常:建議:進一步檢查 4:異常:建議:接受治療
52	血脂肪檢查結果與建議	Character	1	1:正常 2:異常:建議:生活型態改善,並定期__個月追蹤 3:異常:建議:進一步檢查 4:異常:建議:接受治療
53	腎功能檢查結果與建議	Character	1	1:正常 2:異常:建議:生活型態改善,並定期__個月追蹤 3:異常:建議:進一步檢查 4:異常:建議:接受治療
54	肝功能檢查結果與建議	Character	1	1:正常 2:異常:建議:生活型態改善,並定期__個月追蹤 3:異常:建議:進一步檢查 4:異常:建議:接受治療
55	代謝症候群檢查結果與建議	Character	1	1:沒有 2:有:建議:生活型態改善,並定期__個月追蹤 3:有:建議:進一步檢查 4:有:建議:接受治療
56	B型肝炎檢查結果與建議	Character	1	1:陰性; 2:陽性,建議進一步檢查
57	C型肝炎檢查結果與建議	Character	1	1:陰性; 2:陽性,建議進一步檢查
58	憂鬱檢測	Character	1	1:2題皆答「否」 2:2題任1題答「是」,建議轉介至相關單位接受進一步服務
59	受檢民眾姓名	中文	20	