醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項-附表修正對照表

修正規定

附表一之一　健康署執行兒童預防保健服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
兒童預防保健(含衛教指導)	應為辦理兒童預防保健服務特約醫事服務機構。	登記執業之兒科或家庭醫學科專科醫師或通過衛生福利部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師，且具經健康署認可單位所辦理之「兒童衛教指導服務醫師教育訓練」課程合格證明。
新生兒聽力篩檢	應符合下列規定之一，並向健康署申請（申請書如附表一之六）： 一、具健康署「執行新生兒聽力篩檢醫療機構」資格審查通過之醫療機構。 二、未具健康署「執行新生兒聽力篩檢醫療機構」資格審查通過之醫療機構，需結合具健康署資格審查通過之醫療機構之醫事人員至機構辦理。	通過健康署「執行新生兒聽力篩檢醫療機構資格審查原則」審查之醫事人員（審查原則如附表一之七）。
兒童發展篩檢	應為辦理兒童預防保健服務特約醫事服務機構，並向健康署申請(申請書如附表一之十三)。	登記執業之兒科或家庭醫學科專科醫師或通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師，且具健康署認可單位所辦理之「兒童發展篩檢量表使用說明」課程合格證明。

其他應配合事項：

一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源，兒童預防保健服務(含衛教指導)為「由衛生福利部國民健康署經費補助」，新生兒聽力篩檢及兒童發展篩檢為「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」。

二、兒童預防保健(含衛教指導)及兒童發展篩檢服務應於特約醫事服務機構內執行。如為特殊情況需至特約醫事服務機構外執行，應由當地衛生局向健康署報備核定後辦理。

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

四、未依附父母健保新生兒之聽力篩檢費用申報，應另依健康署規定辦理。

現行規定

附表一之一　健康署執行兒童預防保健服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
兒童健康檢查	一、應為辦理兒童健康檢查服務特約醫事服務機構。 二、應符合下列規定之一： 1. 有登記執業兒科或家庭醫學科專科醫師。 2. 有登記執業並通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師。	應符合下列規定之一： 一、登記執業之兒科或家庭醫學科專科醫師。 二、登記執業並通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師。
兒童衛教指導	應符合下列規定，並向健康署申請(申請書如附表一之五)： 一、為辦理兒童健康檢查服務特約醫事服務機構。 二、有登記執業之兒科或家庭醫學科專科醫師或通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師，且具經健康署認可單位所辦理之「兒童衛教指導訓練課程」測試合格證明，課程內容至少三學分，每學分至少五十分鐘。	登記執業之兒科或家庭醫學科專科醫師或通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師，且具經健康署認可單位所辦理之「兒童衛教指導訓練課程」測試合格證明，課程內容至少三學分，每學分至少五十分鐘。
新生兒聽力篩檢	應符合下列規定之一，並向健康署申請（申請書如附表一之六）： 一、具健康署「執行新生兒聽力篩檢醫療機構」資格審查通過之醫療機構。 二、未具健康署「執行新生兒聽力篩檢醫療機構」資格審查通過之醫療機構，需結合具健康署資格審查通過之醫療機構之醫事人員至機構辦理。	通過健康署「執行新生兒聽力篩檢醫療機構資格審查原則」審查之醫事人員（審查原則如附表一之七）。
兒童發展篩檢	應符合下列規定，並向健康署申請(申請書如附表一之十三)： 一、為辦理兒童健康檢查服務特約醫事服務機構。 二、有登記執業之兒科或家庭醫學科專科醫師或通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師，且具健康署認可單位所辦理之「兒童發展篩檢量表使用說明」課程合格證明。	登記執業之兒科或家庭醫學科專科醫師或通過本部委託「優化兒童醫療照護計畫協調管理中心」辦理「幼兒專責醫師教育訓練課程」並取得證明之幼兒專責醫師，且具健康署認可單位所辦理之「兒童發展篩檢量表使用說明」課程合格證明。

說明

一、因自一百十五年七月一日起將兒童衛教指導納入兒童預防保健服務，故將兒童健康檢查修改為兒童預防保健(含衛教指導)。

二、兒童健康檢查與兒童衛教指導服務合併為兒童預防保健(含衛教指導)服務，服務機構資格沿用原兒童健康檢查之服務機構資格，另執行人員資格須具備兒童衛教指導資格。

三、兒童發展篩檢之人員執行資格已於執行人員資格欄位中說明。

四、其他配合事項第一點，原兒童衛教指導服務由國民健康署菸品健康福利捐支應，現併同兒童預防保健服務皆由公務預算支應，故刪除兒童衛教指導並新增兒童發展篩檢為「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」之敘述。

五、新增其他配合事項第三點，兒童預防保健(含衛教指導)及兒童發展篩檢服務需於家長或主要照顧者在場始得實施之相關規定。

六、原其他配合事項第三點，改為第四點。

修正規定	現行規定	說明
	其他應配合事項： 一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源，兒童健康檢查為「由衛生福利部國民健康署經費補助」，新生兒聽力篩檢及兒童衛教指導為「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」。 二、兒童預防保健及兒童發展篩檢服務應於特約醫事服務機構內執行。如為特殊情況需至特約醫事服務機構外執行，應由當地衛生局向健康署報備核定後辦理。 三、未依附父母健保新生兒之聽力篩檢之申報費用規定，應另依健康署規定辦理。	

修正規定

附表一之二　健康署兒童預防保健服務對象、時程、服務內容及補助金額

（單位：新臺幣元）

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	建議年齡	服務內容	補助金額
新生兒聽力篩檢					
20	IC20	本國籍出生三個月內新生兒	三個月內	一、新生兒聽力篩檢。 二、新生兒聽力檢查結果如左、右耳皆＜40 dBnHL（篩檢儀器設定為 35 dBnHL）為通過免進行複篩，如左、右耳或其中一耳聽力≧40 dBnHL（篩檢儀器設定為 35 dBnHL）為不通過，須進行複篩。 三、篩檢儀器：自動聽性腦幹反應（aABR）聽力檢測儀器。 四、第一次篩檢不通過需完成第二次篩檢。	700
兒童預防保健服務(含衛教指導)					
71	IC71	出生後二週至二個月兒童	第一次	出生後二週至二個月	一、兒童健康檢查 (一)身體診察：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔（含瞳孔形狀與紅反射、照光收縮反應）及固視能力、口腔檢查、對聲音之反應、唇顎裂、髖關節篩檢、心雜音、疝氣、隱睪、外生殖器。 (二)問診項目：餵食方法、排便狀況、睡眠環境、睡眠問題、哭鬧困擾。 (三)發展診察：俯臥姿勢、驚嚇反應、眨眼、聽力反應。 二、兒童衛教指導 衛教內容：提供孩子哺餵、口腔清潔、預防事故傷害及嬰兒猝死、親子共讀相關衛教指導內容。	600
72	IC72	二個月至四個月兒童	第二次	二個月至四個月	一、兒童健康檢查 (一)身體診察：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔及固視能力、口腔檢查、髖關節篩檢、肝脾腫大、心雜音。 (二)問診項目：餵食方法、排便狀況、睡眠環境、睡眠問題、哭鬧困擾。 (三)發展診察：抬頭、對人微笑、眼神追視、發咕咕聲。 二、兒童衛教指導 衛教內容：提供孩子哺餵、口腔清潔、預防事故傷害及嬰兒猝死、親子共讀相關衛教指導內容。	600
73	IC73	四個月至六個月兒童	第三次	四個月至六個月	一、兒童健康檢查 (一)身體診察：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔及固視能力、口腔檢查、髖關節篩檢、疝氣、隱睪、外生殖器、對聲音之反應、心雜音。 (二)問診項目：餵食方法、副食品添加、排便	600

現行規定

附表一之二　健康署兒童預防保健服務對象、時程、服務內容及補助金額

（單位：新臺幣元）

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

說明

一、自一百十五年七月一日起將兒童衛教指導納入兒童預防保健服務，爰兒童衛教指導項目及其醫令代碼刪除，並將兒童健康檢查修改為兒童預防保健(含衛教指導)。

二、原七次時程(出生至二個月、二至四個月、四至十個月、十個月至一歲半、一歲半至二歲、二歲至三歲、三歲至未滿七歲)，修改為九次時程(出生後二週至二個月、二至四個月、四至六個月、六個月至一歲、一歲至一歲半、一歲半至二歲、二歲至三歲、三歲至五歲、五歲至未滿七歲)，各次服務時程內之檢查項目皆由台灣兒科醫學會專家會議共識結果進行修訂，修改後內容詳見修改後之附表一之二。

三、原兒童健康檢查補助金額為250元或320元，兒童衛教指導補助金額為100元，自一百十五年七月一日起刪除兒童衛教指導項目，並修改為兒童預防保健(含衛教指導) 補助金額600元。

四、原附表一之二兒童健康檢查、兒童衛教指導及兒童發展篩檢，以同一年齡階段放在一起方式呈現，因兒童預防保健(含衛教指導)次數增加及時程切割後與兒童發展篩檢時程無法相對應，爰表格呈現方式將兒童預防保健(含衛教指導)及兒童發展篩檢分開呈現。

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

現行規定						
7A			兒童發展篩檢第一次（六個月至十個月）	按時程	一、兒童發展篩檢 二、兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第三次兒童健康檢查申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	400
75	IC75	十個月至一歲六個月兒童	第四次	十個月至一歲六個月	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔、疝氣、隱睪、外生殖器、對聲音反應、心雜音、口腔檢查。 三、餵食狀況：固體食物。 四、發展診察：站穩、扶走、手指拿物、聽懂簡單句子。	250
04					一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：提供幼兒哺餵、副食品添加、餵食習慣、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第四次兒童健康檢查申報。	100
7B			兒童發展篩檢第二次（十個月至一歲六個月）	按時程	一、兒童發展篩檢 二、兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第四次兒童健康檢查申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	400
76	IC76	一歲六個月至二歲兒童	第五次	一歲六個月至二歲	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位【須做斜弱視檢查之遮蓋測試】、角膜、瞳孔、對聲音反應、口腔檢查。 三、餵食狀況：固體食物。 四、發展診察：會走、手拿杯、模仿動作、說單字、瞭解口語指示、肢體表達、分享有趣東西、物品取代玩具。	320
05					一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：提供幼兒飲食習慣、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第五次兒童健康檢查申報。	100
7C			兒童發展篩檢第三次（一歲六個月	按時程	一、兒童發展篩檢 二、兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第五次兒童健康檢查申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	400

說明
五、調整兒童發展篩檢就醫序號原醫令代碼7A，就醫序號IC73、醫令代碼7B，就醫序號IC75、醫令代碼7E，就醫序號IC79，修改為醫令代碼7A，就醫序號IC74、醫令代碼7B、就醫序號IC74(十個月至一歲)及就醫序號IC75(一歲至一歲六個月)及醫令代碼7E，就醫序號IC78。 六、因自一百十五年七月一日起將兒童衛教指導納入兒童預防保健服務，爰刪除兒童衛教指導服務項目之醫令代碼，並由原本七次服務時程(出生至二個月、二至四個月、四至十個月、十個月至一歲半、一歲半至二歲、二歲至三歲、三歲至未滿七歲)，修改為九次時程(出生後二週至二個月、二至四個月、四至六個月、六個月至一歲、一歲至一歲半、一歲半至二歲、二歲至三歲、三歲至五歲、五歲至未滿七歲)，並將原本七次服務之醫令代碼(71、72、73、75、76、77、79)，修改為九次服務之醫令代碼(71-79)，年齡檢核條件亦依據各次服務之時程變動調整。 七、備註第七至九點配合修正年齡檢核條件。

修正規定							現行規定							說明
77	IC77	二歲至三歲兒童	第七次	二歲至三歲	一、兒童健康檢查 (一)身體診察：身體診察：身高、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查、口腔檢查、心雜音。 (二)(二)問診項目：餵食問題、排便問題、睡眠問題、生活照顧（親子共讀、潔牙、螢幕接觸）。 (三)發展診察：下樓梯、雙腳跳、疊積木、說片語、指認圖卡、脫鞋襪、說至少 10 個語詞、指認身體部位、使用湯匙、假扮玩法。 二、兒童衛教指導 衛教內容：提供孩子飲食、口腔與視力保健、預防事故傷害相關衛教指導內容。	600									
78	IC78	三歲至五歲兒童	第八次	三歲至五歲	一、兒童健康檢查 (一)身體診察：身高、體重、BMI、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查【可做亂點立體圖】、口腔檢查、頸部淋巴結、心雜音、腹部腫塊、外生殖器、步態。 (二)(二)問診項目：餵食問題、排便問題、睡眠問題、生活照顧（親子共讀、潔牙、螢幕接觸）。 (三)發展診察：會跳、會騎三輪車、畫圓形、自行上廁所、解扣子脫衣服、使用代名詞、能敘述物品功能或用途、辨認顏色、用句子對話、與同儕輪流或合作、情緒穩定度。 二、兒童衛教指導 衛教內容：提供孩子習慣養成、口腔與視力保健、預防事故傷害相關衛教指導內容。	600									
79	IC79	五歲至未滿七歲兒童	第九次	五歲至未滿七歲	一、兒童健康檢查 (一)身體診察：身高、體重、BMI、營養狀態、一般檢查、第二性徵發育評估、眼睛檢查【可做亂點立體圖】、口腔檢查、頸部淋巴結、心雜音、腹部腫塊、步態。 (二)(二)問診項目：餵食問題、排便問題、睡眠問題、生活照顧（親子共讀、潔牙、螢幕接觸）。 (三)發展診察：單腳站、一腳一階走樓梯、剪刀剪紙、角色扮演、扣釦子或拉拉鍊、說話清楚、辨認顏色、理解連續步驟指令、遵守遊戲規則、團隊合作、情緒穩定度、注意力及活動量。 二、兒童衛教指導 衛教內容：提供孩子習慣養成、口腔與視力保健、預防事故傷害相關衛教指導內容。	600									
兒童發展篩檢														
7A	IC74	六個月至十個	第一次	按時程	一、兒童發展篩檢 二、兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動	400								
									至二歲）					
77	IC77	二歲至三歲兒童					第六次	二歲至三歲	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身高、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查、心雜音。 三、發展診察：會跑、脫鞋、拿筆亂畫、說出身體部位名稱。	250				
06									一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：提供幼兒飲食習慣、用餐環境、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第六次兒童健康檢查申報。	100				
7D							兒童發展篩檢第四次（二歲至三歲）	按時程	一、兒童發展篩檢 二、兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第六次兒童健康檢查申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	400				
79							第七次	三歲至未滿七歲	一、兒童健康檢查。 二、身體檢查：身高、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查【得做亂點立體圖】、心雜音、外生殖器、口腔檢查。 三、發展診察：會跳、會蹲、畫圓圈、翻書、說自己名字、瞭解口語指示、肢體表達、說話清楚、辨認形狀或顏色。 ※預防接種是否完整 日常活動是否需要限制，有心臟病、氣喘病患者，體育課須限制劇烈運動，此可供入學後之參考。	320				
07									一、兒童衛教指導。 二、衛教內容：習慣養成、口腔與視力保健、事故傷害預防或其他衛教指導。 備註：搭配第七次兒童健康檢查申報。	100				
7E							兒童發展篩檢第五次（三歲至五歲）	按時程	一、兒童發展篩檢 二、兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第七次兒童健康檢查申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	400				
7F							兒童發展篩檢第六次（五歲至未滿七歲）		一、兒童發展篩檢 二、兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第七次兒童健康檢查申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	400				
備註： 一、新生兒聽力篩檢項目年齡條件：篩檢年月日－出生年月日≦92 天。														

修正規定							現行規定	說明
		月兒童			作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第四次兒童預防保健申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。		二、新生兒聽力篩檢項目作業流程詳附表一之四。 三、新生兒聽力篩檢項目補助金額已含耗材費，醫療機構不得另收耗材費。未具健保身分申領補助費用請另依健康署其他申報作業規定辦理。 四、依據健保署規定出生二個月內未領健保卡之新生兒，得依附母親或父親健保卡辦理新生兒聽力篩檢申報。 五、兒童健康檢查項目修正代碼（16、19、76、79）及就醫序號（IC 16、IC 19、IC 76、IC79），自九十九年二月一日起至九十九年六月三十日止，逾期未申報相關資料或申報之資料不完整、不正確，經通知限期補正，屆期仍未補正者，將只給付原補助額度 250 元（即核扣 70 元）；自九十九年七月一日起，未依規定傳輸資料且未補正者，不予核付費用（即核扣 320 元）。 六、兒童健康檢查項目自一百零六年五月一日起修正申報代碼，醫院與診所醫令代碼相同皆為〔71、72、73、75、76、77、79〕及就醫序號（IC71、IC72、IC73、IC75、IC76、IC77、IC79）。 七、兒童健康檢查及兒童衛教指導項目之年齡檢核條件如下： (一) 醫令代碼 71-73、75：0≦就醫年月-出生年月≦18 (二) 醫令代碼 76：18≦就醫年月-出生年月≦24 (三) 醫令代碼 77：24≦就醫年月-出生年月≦36 (四) 醫令代碼 79：36≦就醫年月-出生年月≦84 八、兒童發展篩檢項目之年齡檢核條件如下： (一) 醫令代碼 7A、7B、7C、7D：6≦就醫年月-出生年月≦36 (二) 醫令代碼 7E：36＜就醫年月-出生年月≦60 (三) 醫令代碼 7F：60＜就醫年月-出生年月＜84 九、有關重複受檢檢核條件如下： (一) 同身分證統一編號、同出生日期、同醫令代碼、一生限申報一次。依就醫日期排序後，第二筆起視為重複受檢個案；若就醫日期相同，則均視為疑似重複受檢個案。 (二) 檢核出生至今就醫年齡所有歷次申報資料，皆無違反限申報一次規定。 (三) 如部分負擔代碼為「903：健保 IC 卡新生兒依附註記方式就醫者」，得不作年齡、篩檢間隔條件（一生一次）及重複條件之檢核。	
7B	IC74（十個月至一歲） IC75（一歲至一歲六個月）	十個月至一歲六個月兒童	第二次	按時程	一、兒童發展篩檢 二、兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第四次或第五次兒童預防保健申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	400		
7C	IC76	一歲六個月至二歲兒童	第三次	按時程	一、兒童發展篩檢 二、兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第六次兒童預防保健申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	400		
7D	IC77	二歲至三歲兒童	第四次	按時程	一、兒童發展篩檢 二、兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第七次兒童預防保健申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	400		
7E	IC78	三歲至五歲兒童	第五次	按時程	一、兒童發展篩檢 二、兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第八次兒童預防保健申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	400		
7F	IC79	五歲至未滿七歲兒童	第六次	按時程	一、兒童發展篩檢 二、兒童四大發展面向篩檢：粗大動作、精細動作、認知語言及社會發展。 備註：可搭配第九次兒童預防保健申報，亦可單獨提供本篩檢服務後申報。	400		

備註：
一、新生兒聽力篩檢項目年齡條件：篩檢年月日－出生年月日≦92 天。
二、新生兒聽力篩檢項目作業流程詳附表一之四。
三、新生兒聽力篩檢項目補助金額已含耗材費，醫療機構不得另收耗材費。未具健保身分申領補助費用請另依健康署其他申報作業規定辦理。
四、依據健保署規定出生二個月內未領健保卡之新生兒，得依附母親或父親健保卡辦理新生兒聽力篩檢申報。
五、兒童健康檢查項目修正代碼（16、19、76、79）及就醫序號（IC 16、IC 19、IC 76、IC79），自九十九年二月一日起至九十九年六月三十日止，逾期未申報相關資料或申報之資料不完整、不正確，經通知限期補正，屆期仍未補正者，將只給付原補助額度 250 元（即核扣 70 元）；自九十九年七月一日起，未依規定傳輸資料且未補正者，不予核付費用（即核扣 320 元）。
六、兒童健康檢查項目自一百零六年五月一日起修正申報代碼，醫院與診所醫令代碼相同皆為〔71、72、73、75、76、77、79〕及就醫序號〔IC71、IC72、IC73、IC75、IC76、IC77、IC79〕。
七、兒童衛教指導醫令代碼(01、02、03、04、05、06、07)自一百十五年七月一日起刪除，併同至兒童預防保健服務(含衛教指導)醫令代碼(71-79)共同申報費用。

修正規定	現行規定	說明
八、兒童預防保健(含衛教指導)項目之年齡檢核條件如下： (一) 年齡<14 日退回申報資料 (二) 醫令代碼 71-77：就醫年月-出生年月≦36 (三) 醫令代碼 78：36≦就醫年月-出生年月≦60 (四) 醫令代碼 79：60≦就醫年月-出生年月≦84 九、兒童發展篩檢項目之年齡檢核條件如下： (一) 醫令代碼 7A、7B、7C、7D：6≦就醫年月-出生年月≦36 (二) 醫令代碼 7E：36≦就醫年月-出生年月≦60 (三) 醫令代碼 7F：60≦就醫年月-出生年月≦84 十、有關重複受檢檢核條件如下： (一) 同身分證統一編號、同出生日期、同醫令代碼、一生限申報一次。依就醫日期排序後，第二筆起視為重複受檢個案；若就醫日期相同，則均視為疑似重複受檢個案。 (二) 檢核出生至今就醫年齡所有歷次申報資料，皆無違反限申報一次規定。 (三) 如部分負擔代碼為「903：健保 IC 卡新生兒依附註記方式就醫者」，得不作年齡、篩檢間隔條件〔一生一次〕及重複條件之檢核。		

修正規定	現行規定	說明

附表一之三　健康署兒童預防保健服務對象資格查核、表單填寫與保存

類別	內容
服務對象資格查核	一、新生兒出院前，應發給家長或主要照顧者一本兒童健康手冊，並告知手冊（黃卡）為就醫憑證。 二、兒童健康手冊之黃卡及綠卡視為就醫憑證，特約醫事服務機構應於提供兒童預防保健服務，於黃卡加蓋院所戳章，另於提供兒童發展篩檢服務後於綠卡加蓋院所戳章，服務對象未攜帶就醫憑證，不得提供此服務。 三、特約醫事服務機構於執行服務前，應先檢視兒童健康手冊之黃卡及內部相關紀錄表單，確認該次檢查未被施作後始得提供服務。如未攜帶黃卡，不得提供該次服務，外展至醫事機構外（如幼兒園）者之服務，亦同。
表單填寫與保存	一、執行新生兒聽力篩檢、兒童預防保健(含衛教指導)前，應告知其家長或主要照顧者將提供該項服務。 二、完成新生兒聽力篩檢服務後應將檢查結果登載於兒童健康手冊之「新生兒篩檢紀錄表」及告知家長。 三、執行兒童衛教指導時，應由醫師採一對一方式，提供家長或主要照顧者衛教評估及個別指導。完成兒童預防保健(含衛教指導)服務後應將檢查結果登載於兒童健康手冊紀錄表及告知家長，並由家長及醫師分別於當次服務紀錄表簽名，亦須於就醫憑證黃卡登註提供服務提供服務日期及及蓋院所章戳。 四、提供服務當日即於健保卡登錄及上傳當次檢查項目代碼、就醫序號、執行醫事人員證號及相關資料，若民眾持虛擬卡接受兒童預防保健服務，院所於提供服務二十四小時內，將當次執行紀錄上傳至衛生福利部中央健康保險署指定之系統。 五、於指定時限內將新生兒聽力篩檢結果及相關資料（如附表一之八）及九次兒童預防保健(含衛教指導)結果及相關資料（如附表一之九），傳輸至健康署指定之系統。

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

附表一之三　健康署兒童預防保健服務對象資格查核、表單填寫與保存

類別	內容
服務對象資格查核	一、新生兒出院前，應發給家長或主要照顧者一本兒童健康手冊，並告知手冊（黃卡）為就醫憑證。 二、兒童健康手冊之黃卡及綠卡視為就醫憑證，特約醫事服務機構應於提供兒童預防保健服務，於黃卡加蓋院所戳章，另於提供兒童發展篩檢服務後於綠卡加蓋院所戳章，服務對象未攜帶就醫憑證，不得提供此服務。 三、特約醫事服務機構於執行服務前，應先檢視兒童健康手冊之黃卡及內部相關紀錄表單，確認該次檢查未被施作後始得提供服務。如未攜帶黃卡，不得提供該次服務，外展至醫事機構外（如幼兒園）者之服務，亦同。
表單填寫與保存	一、執行新生兒聽力篩檢、兒童健康檢查及兒童衛教指導時，應告知其家長或主要照顧者，並於兒童健康手冊之「新生兒篩檢紀錄表」、「兒童預防保健服務（含衛教指導）就醫憑證」、「健康檢查紀錄表」及「衛教紀錄表」確實登載後，由醫師於該次「健康檢查紀錄表」及「衛教紀錄表」簽名，並告知家長檢查結果請家長於「健康檢查紀錄表」簽名，且提供服務當日即於健保卡登錄及上傳當次檢查項目代碼、就醫序號、執行醫事人員證號及相關資料，若民眾持虛擬卡接受兒童預防保健服務，院所於提供服務二十四小時內，將當次執行紀錄上傳至衛生福利部中央健康保險署指定之系統。 二、執行兒童衛教指導時，應由醫師採一對一方式，提供家長或主要照顧者衛教評估及個別指導。 三、辦理新生兒聽力篩檢及兒童健康檢查者，應將新生兒聽力篩檢結果及相關資料（如附表一之八）及一歲六個月至二歲、三歲至未滿七歲之兒童健康檢查結果及相關資料（如附表一之九），傳輸至健康署指定之系統。

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

自一百十五年七月一日起，將兒童衛教指導納入兒童預防保健服務，說明應告知家長、服務紀錄及簽章方式，故將兒童健康檢查修改為兒童預防保健(含衛教指導)，並修正原僅需上傳第五次(一歲六個月至二歲)及第七次(三歲至未滿七歲)之規定，改為九次皆須上傳。

修正規定	現行規定	說明
附表一之五 **健康署兒童預防保健服務(含衛教指導)申請書** 本醫事機構自　　年　　月　　日起申請(新增 □**兒科醫師** □**家庭醫學科醫師** □**幼兒專責醫師**)參加健康署「兒童預防保健服務(含衛教指導)」服務，並同意依本注意事項相關規定，落實執行兒童健康檢查及衛教指導，以維本服務之品質。 此 致 健康署 兒童預防保健(含衛教指導)服務院所名稱： 院所層級： 健保特約醫事機構代碼： 地址： 聯絡人： 聯絡電話：(　　) 醫事機構章戳 （醫事機構印章）　（代表人印章） 中　華　民　國　　年　　月　　日	附表一之五 **健康署兒童衛教指導申請書** 【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】 本醫事機構自　　年　　月　　日起申請參加健康署「兒童衛教指導」服務，並同意依本注意事項相關規定，落實執行兒童衛教指導，以維本服務之品質。 此 致 健康署 兒童衛教指導服務院所名稱： 院所層級： 健保特約醫事機構代碼： 地址： 聯絡人： 聯絡電話：(　　) 醫事機構章戳 （醫事機構印章）　（代表人印章） 中　華　民　國　　年　　月　　日	自一百十五年七月一日起，將兒童衛教指導納入兒童預防保健服務，故將兒童衛教指導修改為兒童預防保健(含衛教指導)，另原兒童衛教指導服務由國民健康署菸品健康福利捐支應，現併同兒童預防保健服務皆由公務預算支應，故刪除【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】文字敘述。

<table>
<tr><th>修正規定</th><th>現行規定</th><th>說明</th></tr>
<tr>
<td>
申請書附件　兒童預防保健服務(含衛教指導)醫師名單
<table>
<tr><td rowspan="3">醫師姓名</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="2">專科醫師</td><td>□兒科 □家醫科</td></tr>
<tr><td>□附上專科醫師證書影本</td></tr>
<tr><td>幼兒專責醫師
(僅限衛生所)</td><td>□附上「幼兒專責醫師教育訓練」課程證明(兒科、家醫科免附)</td></tr>
<tr><td>身分證字號
末三碼</td><td></td><td>訓練證書</td><td>□附上兒童衛教指導服務醫師教育訓練合格證書影本</td></tr>
<tr><td rowspan="3">醫師姓名</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="2">專科醫師</td><td>□兒科 □家醫科</td></tr>
<tr><td>□附上專科醫師證書影本</td></tr>
<tr><td>幼兒專責醫師
(僅限衛生所)</td><td>□附上「幼兒專責醫師教育訓練」課程證明(兒科、家醫科免附)</td></tr>
<tr><td>身分證字號
末三碼</td><td></td><td>訓練證書</td><td>□附上兒童衛教指導服務醫師教育訓練合格證書影本</td></tr>
<tr><td rowspan="3">醫師姓名</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="2">專科醫師</td><td>□兒科 □家醫科</td></tr>
<tr><td>□附上專科醫師證書影本</td></tr>
<tr><td>幼兒專責醫師
(僅限衛生所)</td><td>□附上「幼兒專責醫師教育訓練」課程證明(兒科、家醫科免附)</td></tr>
<tr><td>身分證字號
末三碼</td><td></td><td>訓練證書</td><td>□附上兒童衛教指導服務醫師教育訓練合格證書影本</td></tr>
<tr><td rowspan="3">醫師姓名</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="2">專科醫師</td><td>□兒科 □家醫科</td></tr>
<tr><td>□附上專科醫師證書影本</td></tr>
<tr><td>幼兒專責醫師
(僅限衛生所)</td><td>□附上「幼兒專責醫師教育訓練」課程證明(兒科、家醫科免附)</td></tr>
<tr><td>身分證字號
末三碼</td><td></td><td>訓練證書</td><td>□附上兒童衛教指導服務醫師教育訓練合格證書影本</td></tr>
</table>
※表格不敷使用時請自行影印。
</td>
<td>
申請書附件　兒童衛教指導醫師名單
<table>
<tr><td rowspan="3">醫師姓名</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="2">專科醫師</td><td>□兒科 □家醫科</td></tr>
<tr><td>□附上專科醫師證書影本</td></tr>
<tr><td>幼兒專責醫師</td><td>□附上「幼兒專責醫師教育訓練」課程證明(兒科、家醫科免附)</td></tr>
<tr><td>身分證字號
末三碼</td><td></td><td>訓練證書</td><td>□附上訓練合格證書影本</td></tr>
<tr><td rowspan="3">醫師姓名</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="2">專科醫師</td><td>□兒科 □家醫科</td></tr>
<tr><td>□附上專科醫師證書影本</td></tr>
<tr><td>幼兒專責醫師</td><td>□附上「幼兒專責醫師教育訓練」課程證明(兒科、家醫科免附)</td></tr>
<tr><td>身分證字號
末三碼</td><td></td><td>訓練證書</td><td>□附上訓練合格證書影本</td></tr>
<tr><td rowspan="3">醫師姓名</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="2">專科醫師</td><td>□兒科 □家醫科</td></tr>
<tr><td>□附上專科醫師證書影本</td></tr>
<tr><td>幼兒專責醫師</td><td>□附上「幼兒專責醫師教育訓練」課程證明(兒科、家醫科免附)</td></tr>
<tr><td>身分證字號
末三碼</td><td></td><td>訓練證書</td><td>□附上訓練合格證書影本</td></tr>
</table>
※表格不敷使用時請自行影印。
</td>
<td>酌修文字。</td>
</tr>
</table>

修正規定	現行規定	說明

附表一之九

健康署【出生後二週至二個月】兒童預防保健服務(含衛教指導)紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

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

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

附表一之九

健康署【一歲六個月至二歲】兒童健康檢查紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

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

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

一、原僅規定需上傳第五次(一歲六個月至二歲)及第七次(三歲至未滿七歲)，自一百十五年七月一日將兒童預防保健次數由七次新增為九次，並改為九次服務結果皆須上傳，爰將原兩次時程之紀錄表單更改為九次時程之紀錄表單，並將兒童健康檢查紀錄表單修改為兒童預防保健服務(含衛教指導)。

二、刪除家長紀錄事項「發展狀況」異常題項。

三、新增家長紀錄事項及衛教指導紀錄依據不同時程須上傳項目。

四、將需注意或異常項目中生長評估之「身高問題、體重問題及頭圍問題」、身體檢查之「眼睛檢查、對聲音反應及口腔檢查」及發展異常項目之「動作、語言、認知及社會發展」，合併納入至「注意項目」，並將眼睛檢查修改名稱為視力及眼位，將對聲音反應名稱修改為聽力，依據不同時程有不同需注意之項目，詳見各次紀錄表單。

五、自於三歲以後「身長/身高」欄位新增BMI項目。

六、原兩次檢查紀錄結果表單「一歲六個月至二歲」、「三至未滿七歲」，改為九次檢查紀錄結果表單「出生後二週至二個月」、「二至四個月」、「四至六個月」、「六個月至一歲」、「一歲至一歲半」、「一歲半至二歲」、「二歲至三歲」、「三歲至五歲」、「五歲至未滿七歲」。

七、調整時程及注意之項目，詳見各次紀錄表單。

修正規定	現行規定	說明

健康署【二至四個月】兒童預防保健服務(含衛教指導)紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

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

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

健康署【三歲至未滿七歲】兒童健康檢查紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

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

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

修正規定	現行規定	說明

健康署【四至六個月】兒童預防保健服務(含衛教指導)

紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

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

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

修正規定	現行規定	說明

健康署【六個月至一歲】兒童預防保健服務(含衛教指導)

紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

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

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

修正規定	現行規定	說明

健康署【一歲至一歲半】兒童預防保健服務(含衛教指導)

紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

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

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

修正規定	現行規定	說明

健康署【一歲半至二歲】兒童預防保健服務(含衛教指導)

紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

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

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

修正規定	現行規定	說明

健康署【二歲至三歲】兒童預防保健服務(含衛教指導)

紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

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

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

修正規定	現行規定	說明

健康署【三歲至五歲】兒童預防保健服務(含衛教指導)

紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

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

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

修正規定	現行規定	說明

健康署【五歲至未滿七歲】兒童預防保健服務(含衛教指導)

紀錄結果表單

就醫日期：　　年　　月　　日

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

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

修正規定	現行規定	說明

附表一之十

健康署第一次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單(出生後二週至二個月)

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

衛教主題	重點	家長評估 未做到	家長評估 已做到	醫師指導重點
1. 孩子哺餵	餵食狀況	□	□	觀察孩子一天尿褲變濕5-8次來確定孩子有吃飽。
		□	□	餵奶問題之原因與處理，尤其是母乳哺餵問題。
		□	□	孩子餵食後一小時內，應注意溢吐奶狀況。
2. 口腔清潔	口腔清潔	□	□	使用紗布清潔口腔（包含舌頭）。
3. 嬰兒延長性黃疸	黃疸狀況	□	□	以嬰兒大便卡觀察比對孩子大便顏色。
		□	□	孩子出生後14天仍有黃疸或大便顏色不正常，要帶回院所檢驗。
4. 預防事故傷害及嬰兒猝死	孩子睡姿	□	□	每次睡眠都應仰睡，可考慮在睡眠時使用奶嘴。
	睡眠環境	□	□	睡眠地方（床鋪）表面須堅實。
		□	□	與孩子同室但避免同床（含沙發或墊子）。
		□	□	嬰兒床保持淨空，避免有鬆軟物件、防撞護墊（床圍）或其他雜物。
		□	□	1歲以下禁止使用枕頭（即使中間有凹/洞設計的也不行）。
		□	□	若使用拉起式嬰兒床欄，應注意欄杆墜落，造成孩子夾傷或窒息，且床欄杆間距不可以超過6公分。
	家人行為	□	□	保持無菸環境，避免孩子受二手菸、三手菸的危害。
		□	□	照顧孩子時避免服用會影響清醒能力的藥物或酒精性飲料。
	安全照顧行為	□	□	孩子哭泣時，需要家長耐心安撫，不可以劇烈搖晃、旋轉或將孩子重摔床上；如果照顧者情緒無法控制，請向親友或專業人士尋求協助。
		□	□	孩子身上或身邊勿有任何繩子，如懸掛奶嘴、項鍊、平安符、窗簾繩或玩具吊繩。
		□	□	不要抱著孩子泡牛奶或拿著熱飲。
		□	□	準備孩子洗澡水，先放冷水再放熱水。
	孩子外出	□	□	乘車應使用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方，並依照說明書正確安裝使用。
		□	□	避免使用機車或自行車搭載孩子。

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

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

備註：
1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第1次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

附表一之十

健康署第一次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（出生至二個月）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

姓　名		出生日期	年　月　日	身分證字號	

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

※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870

醫療院所名稱及代碼	衛教指導對象與寶寶關係	醫師簽章 指導日期　年　月　日

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導之建議年齡為一個月大，可搭配第一次兒童預防保健（補助時程為零至二個月大）執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

一、自一百十五年七月一日起將兒童衛教指導納入兒童預防保健服務，原兒童衛教指導服務由國民健康署菸品健康福利捐支應，現併同兒童預防保健服務皆由公務預算支應，故刪除【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】文字敘述。

二、原七次時程(出生至二個月、二至四個月、四至十個月、十個月至一歲半、一歲半至二歲、二歲至三歲、三歲至未滿七歲)，修改為九次時程(出生後二週至二個月、二至四個月、四至六個月、六個月至一歲、一歲至一歲半、一歲半至二歲、二歲至三歲、三歲至五歲、五歲至未滿七歲，爰由原本七次服務表單修改為九次服務表單，其中各次服務時程之衛教內容皆由臺灣兒科醫學會專家會議共識結果進行修訂，修改後內容詳見各次服務紀錄表單。

三、各次服務紀錄表單之時程變動調整。

修正規定	現行規定	說明

健康署第二次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單(二至四個月)

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

衛教主題	重點	家長評估 未做到	家長評估 已做到	醫師指導重點
1. 孩子哺餵	餵食狀況	□	□	純母乳哺育至 6 個月為佳，可持續哺餵母乳至 2 歲。
		□	□	奶量與餵食頻率，須依孩子需求餵食。
		□	□	不要讓孩子含奶瓶睡覺。
2. 口腔清潔	口腔清潔	□	□	使用紗布清潔口腔（包含舌頭）。
3. 預防事故傷害及嬰兒猝死	孩子睡姿	□	□	每次睡眠都應仰睡，可考慮在睡眠時使用奶嘴。
	睡眠環境	□	□	1 歲以下禁止使用枕頭(即使中間有凹/洞設計的也不行)。
		□	□	睡眠地方（床鋪）表面須堅實。
		□	□	與孩子同室但避免同床（含沙發或墊子）。
		□	□	嬰兒床保持淨空，避免有鬆軟物件、防撞護墊（床圍）或其他雜物。
		□	□	若使用拉起式嬰兒床欄，應注意欄杆墜落，造成孩子夾傷或窒息，且床欄杆間距不可以超過 6 公分。
	安全照顧行為	□	□	孩子身上或身邊勿有任何繩子，如懸掛奶嘴、項鍊、平安符、窗簾繩或玩具吊繩。
		□	□	避免會劇烈搖晃孩子頭頸之動作或遊戲。
		□	□	孩子哭泣時，需要家長耐心安撫，不可以劇烈搖晃、旋轉或將孩子重摔床上；如果照顧者情緒無法控制，請向親友或專業人士尋求協助。
		□	□	不要抱著孩子泡牛奶或拿著熱飲。
		□	□	準備孩子洗澡水，先放冷水再放熱水。
	孩子外出	□	□	乘車應使用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方，並依照說明書正確安裝使用。
		□	□	避免使用機車或自行車搭載孩子。
4. 親子共讀	親子共讀	□	□	親子共讀很重要，請儘早開始陪孩子一起看書、講故事。
※返家後若有育兒諮詢需求，請多加運用孕產兒關懷諮詢專線0800-870870				
醫療院所名稱及代碼	家長簽名(關係)	醫師簽章： 指導日期_____年_____月_____日		

備註：

1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第 2 次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第二次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（二個月至四個月）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

姓　名		出生日期	年　月　日	身分證字號	

衛教主題	重點	家長評估 未做到	家長評估 已做到	醫師指導重點
1.嬰兒哺餵	餵食狀況	□	□	純母乳哺育至六個月為佳，可持續哺育母乳至二歲。
		□	□	奶量與餵食頻率，須依寶寶需求餵食。
		□	□	不要讓寶寶含奶瓶睡覺。
2.口腔清潔	口腔清潔	□	□	使用紗布清潔口腔（包含舌頭）。
3.預防事故傷害及嬰兒猝死	寶寶睡姿	□	□	每次睡眠都應仰睡，可考慮在睡眠時使用奶嘴。
	睡眠環境	□	□	一歲以下禁止使用枕頭(即使中間有凹/洞設計的也不行)
		□	□	睡眠地方（床鋪）表面須堅實。
		□	□	與嬰兒同室但避免同床（含沙發或墊子）。
		□	□	嬰兒床避免有鬆軟物件或防撞護墊（床圍）。
		□	□	若使用拉起式嬰兒床欄，應注意欄杆墜落、造成寶寶夾傷或窒息，且床欄杆間距不可以超過六公分。
	安全照顧行為	□	□	寶寶身上或身邊勿有任何懸線，如懸掛奶嘴、項鍊、平安符、窗簾繩或玩具吊繩。
		□	□	避免會劇烈搖晃孩童頭頸之動作或遊戲。
	寶寶外出	□	□	乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。
		□	□	避免使用機車或自行車搭載寶寶。
4.親子共讀	親子共讀	□	□	親子共讀很重要，請儘早開始陪寶寶一起看書、講故事。
※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870				
醫療院所名稱及代碼	衛教指導對象與寶寶關係	醫師簽章 指導日期　年　月　日		

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導之建議年齡為二至三個月大，可搭配第二次兒童預防保健（補助時程為二至四個月大）執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

修正規定	現行規定	說明

健康署第三次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單(四至六個月)

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

衛教主題	重點	家長評估 未做到	家長評估 已做到	醫師指導重點
1. 孩子哺餵	餵食狀況	□	□	純母乳哺育至 6 個月為佳，可持續哺餵母乳至 2 歲。
	副食品	□	□	副食品於 6 個月後即需添加，於 4-6 個月提早添加需經醫師專業評估。
		□	□	1 歲以下的孩子不可餵食蜂蜜。
	進食習慣	□	□	以新鮮、天然的食品為主，避免含糖飲料。
		□	□	不要將大人嚼過的食物餵食孩子。
		□	□	不要讓孩子含奶瓶睡覺。
2. 口腔清潔照護	口腔清潔	□	□	使用紗布清潔口腔（包含舌頭）。
3. 預防事故傷害及嬰兒猝死	睡眠環境	□	□	1 歲以下禁止使用枕頭（即使中間有凹/洞設計的也不行）。
		□	□	睡眠地方（床鋪）表面須堅實。
		□	□	與孩子同室但避免同床（含沙發或墊子）。
		□	□	嬰兒床保持淨空，避免有鬆軟物件、防撞護墊（床圍）或其他雜物。
		□	□	若使用拉起式嬰兒床欄，應注意欄杆墜落，造成孩子夾傷或窒息，且床欄杆間距不可以超過 6 公分。
	安全照顧行為	□	□	不要抱著孩子泡牛奶或拿著熱飲。
		□	□	避免會劇烈搖晃孩子頭頸之動作或遊戲。
		□	□	孩子哭泣時，不可以劇烈搖晃、旋轉或將孩子重摔床上；如果照顧者情緒無法控制，請向親友或專業人士尋求協助。
		□	□	準備孩子洗澡水，先放冷水再放熱水。
	孩子外出	□	□	乘車應使用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方，並依照說明書正確安裝使用。
		□	□	避免使用機車或自行車搭載孩子。

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

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

備註：

1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第 3 次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第三次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（四個月至十個月）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助

姓　名		出生日期	年　月　日	身分證字號	

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

※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870

醫療院所名稱及代碼	衛教指導對象與寶寶關係	醫師簽章 指導日期　年　月　日

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。

二、本次衛教指導之建議年齡為四至六個月大，可搭配第三次兒童預防保健（補助時程為四至十個月大）執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。

三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

修正規定	現行規定	說明

健康署第四次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單(六個月至一歲)

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

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

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

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

備註：
1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第 4 次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第四次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（十個月至一歲六個月）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助

姓　名		出生日期	年　月　日	身分證字號	

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

※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870

醫療院所名稱及代碼	衛教指導對象與寶寶關係	醫師簽章 指導日期　年　月　日

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導之建議年齡為十個月至一歲半大，可搭配第四次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

修正規定	現行規定	說明

健康署第五次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單(一歲至一歲半)

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

衛教主題	重點	家長評估 未做到	家長評估 已做到	醫師指導重點
1. 孩子哺餵	飲食內容	☐	☐	建議達到每天準備三餐和 2-3 次點心給孩子食用。
		☐	☐	均衡食用六大類食物，補充鐵質可適量食用紅色肉類、蛋黃及深色蔬菜；補充碘營養素，可食用含碘豐富的食物，例如：海魚、無調味海苔片、海帶、紫菜等海藻類食物。
		☐	☐	1 歲以後的乳品類食物來源，應選擇無額外添加糖的品項，例如：鮮奶。2 歲以下孩子不建議飲用低脂或脫脂乳品。
	餵食習慣	☐	☐	讓孩子少量多嘗試各類食物並多變換烹煮方式。
		☐	☐	1 歲開始讓孩子使用學習杯及湯匙，並逐漸減少奶瓶餵奶次數以準備戒斷奶瓶。
		☐	☐	餵食時應讓孩子坐穩，避免追逐餵食。
2. 口腔與視力保健	口腔清潔	☐	☐	餐後及睡前使用牙線（棒）潔牙及尼龍刷毛牙刷沾含氟 1,000ppm牙膏（僅需米粒大小）潔牙。
		☐	☐	每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。
	視力保健	☐	☐	建議未滿 2 歲孩子不看螢幕，有視覺異常症狀應看眼科醫師。
3. 預防事故傷害	安全照顧行為	☐	☐	與孩子同室但避免同床（含沙發或墊子），且孩子床避免有鬆軟物件或防撞護墊。
		☐	☐	避免玩具脫落之附件吸入，或口中含著食物奔跑、嬉戲。
		☐	☐	不讓孩子玩塑膠袋或爬入密閉箱櫃，易造成窒息。
		☐	☐	避免孩子發生墜樓的事故，窗戶、陽台旁不可放置可供孩子攀爬的傢俱、花盆等雜物。
		☐	☐	避免孩子獨自留在浴室浴缸，每當孩子靠近水的地方，包括水桶、水池、上廁所，應當提高警覺，在旁注意。
		☐	☐	不可讓孩子獨處或託付給未成年者照顧。
	孩子外出	☐	☐	孩子活動範圍要遠離車道。
		☐	☐	乘車應使用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方，並依照說明書正確安裝使用。
		☐	☐	避免使用機車搭載孩子。

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

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

備註：

1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第 5 次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第五次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（一歲六個月至二歲）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助

姓　名		出生日期	年　月　日	身分證字號	

衛教主題	重點	家長評估 未做到	家長評估 已做到	醫師指導重點
1.幼兒飲食	飲食習慣	☐	☐	避免喝含糖飲料，不喝含咖啡因飲料（如：紅茶），多喝白開水。
		☐	☐	選擇新鮮、當季的天然食物，烹煮方式以蒸、燉、煮取代煎、炸。
		☐	☐	讓幼兒使用學習杯及湯匙，並戒斷奶瓶餵奶；但持續乳類食品之供應。
		☐	☐	用餐應固定地點，讓幼兒坐高腳椅，並與家人一起用餐。
2.口腔與視力保健	口腔清潔	☐	☐	餐後及睡前使用牙線（棒）及牙刷沾含氟牙膏潔牙。
		☐	☐	每半年定期看診牙醫及牙齒塗氟。
	視力保健	☐	☐	建議未滿二歲幼兒不看螢幕，二歲以上兒童每天看螢幕不要超過一小時。有視覺異常症狀應看眼科醫師。
3.預防事故傷害	安全照顧行為	☐	☐	浴室或浴盆內要設置防滑設備。
		☐	☐	將瓦斯熱水器安裝於戶外通風處，並隨時保持室內空氣流通。
		☐	☐	隨時清空儲水容器，避免幼兒不慎栽入。
		☐	☐	避免幼兒單獨進入浴室廚房。
		☐	☐	藥品、清潔劑、殺蟲劑、刀剪或其他危險物品，置於高處或鎖在櫥櫃、抽屜內。
		☐	☐	避免幼兒發生墜樓的意外，窗戶、陽台旁不可放置可供孩童攀爬的家具、花盆或其他雜物。
		☐	☐	避免會劇烈搖晃孩童頭頸之動作或遊戲。
	幼兒外出	☐	☐	開車前先安置幼兒上車，行車時按下兒童安全鎖，停車後由成人協助幼兒下車。
		☐	☐	乘車應使用嬰兒用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方。
		☐	☐	避免使用機車或自行車搭載寶寶。
		☐	☐	倒車時留意車外幼兒行蹤。
		☐	☐	不可將幼兒單獨留在車內。
		☐	☐	不讓幼兒離開視線範圍，並禁止讓幼兒獨自留在儲水容器邊、池塘邊、河邊、游泳池及游泳池邊或海邊。

※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870

醫療院所名稱及代碼	衛教指導對象與寶寶關係	醫師簽章 指導日期　年　月　日

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導之建議年齡為一歲半至二歲大，可搭配第五次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

修正規定	現行規定	說明

健康署第六次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單(一歲半至二歲)

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

衛教主題	重點	家長評估 未做到	家長評估 已做到	醫師指導重點
1. 孩子飲食	餵食習慣	□	□	避免含糖飲料，不喝含咖啡因飲料（如：紅茶），多喝白開水。
		□	□	選擇新鮮、當季的天然食物，烹煮方式以蒸、燉、煮取代煎、炸。
		□	□	讓孩子使用學習杯及湯匙，並戒斷奶瓶餵奶；但持續乳類食品之供應。
		□	□	用餐應固定地點，讓孩子坐高腳椅，並與家人一起用餐。
2. 口腔與視力保健	口腔清潔	□	□	餐後及睡前使用牙線（棒）潔牙及尼龍刷毛牙刷沾含氟1,000ppm牙膏（僅需米粒大小）潔牙。
		□	□	每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。
	視力保健	□	□	建議未滿2歲孩子不看螢幕，2歲以上孩子每天看螢幕不要超過1小時。有視覺異常症狀應看眼科醫師。
3. 預防事故傷害	安全照顧行為	□	□	浴室或浴盆內要設置防滑設備。
		□	□	將瓦斯熱水器安裝於戶外通風處，並隨時保持室內空氣流通。
		□	□	隨時清空儲水容器，避免孩子不慎栽入。
		□	□	避免孩子單獨進入浴室廚房。
		□	□	藥品、清潔劑、殺蟲劑、刀剪等危險物品，置於高處或鎖在櫥櫃、抽屜內。
		□	□	避免孩子發生墜樓的事故，窗戶、陽台旁不可放置可供孩子攀爬的傢俱、花盆等雜物。
		□	□	避免會劇烈搖晃孩子頭頸之動作或遊戲。
	孩子外出	□	□	開車前先安置孩子上車，行車時按下兒童安全鎖，停車後由成人協助孩子下車。
		□	□	乘車應使用後向式安全座椅，置於汽車後座且面向後方，並依照說明書正確安裝使用。
		□	□	避免使用機車搭載孩子。
		□	□	倒車時留意車外孩子行蹤。
		□	□	不可將孩子單獨留在車內。
		□	□	不讓孩子離開視線範圍，並禁止讓孩子獨自留在儲水容器邊、池塘邊、河邊、游泳池及游泳池邊或海邊。
		□	□	孩子活動範圍要遠離車道。

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

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

備註：

1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第6次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第六次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（二歲至三歲）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

姓　名		出生日期	年　月　日	身分證字號	

衛教主題	重點	家長評估 未做到	家長評估 已做到	醫師指導重點
1.幼兒飲食	飲食習慣	□	□	避免以食物作為幼兒行為表現的獎勵品。
		□	□	餐前二小時內不宜提供點心。
		□	□	規定合理用餐時間（一般為三十分鐘）。
	用餐環境	□	□	用餐應固定地點，讓幼兒坐高腳椅，並與家人一起用餐。
		□	□	用餐時不要看電視、平板及手機等3C用品並固定在餐桌上用餐。
		□	□	維持進餐愉悅氣氛，讓幼兒參與餐桌談話。
2.口腔與視力保健	口腔清潔	□	□	餐後及睡前使用含氟牙膏，幫幼兒潔牙，二顆牙齒的臨接面，需使用牙線（棒）清潔。
		□	□	每半年定期看診牙醫及牙齒塗氟。
	視力保健	□	□	用眼三十分鐘，休息十分鐘，並避免長時間近距離用眼。二歲以上每日看螢幕不要超過一小時，有視覺異常症狀應看眼科醫師。
3.預防事故傷害	安全照顧行為	□	□	藥品、清潔劑、殺蟲劑或其他危險物品，置於高處或鎖在櫥櫃、抽屜內。
		□	□	電器用品應放置平穩不易傾倒，其電線收藏在幼兒無法碰觸或拉動之處。
		□	□	避免幼兒夾傷，摺疊桌放置在幼兒無法接觸到的地方。
	幼兒外出	□	□	教導幼兒穿越馬路「停看聽」的正確交通行為，且在過馬路時仍應牽住幼兒的手腕。
		□	□	避免使用機車或自行車搭載寶寶。
		□	□	務必使用汽車安全座椅，並予以束縛或定位於後座。

※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870

醫療院所名稱及代碼	衛教指導對象與寶寶關係	醫師簽章 指導日期　年　月　日

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。

二、本次衛教指導之建議年齡為二至三歲，可搭配第六次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。

三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

修正規定	現行規定	說明

健康署第七次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單(二歲至三歲)

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

衛教主題	重點	家長評估 未做到	家長評估 已做到	醫師指導重點
1. 孩子飲食	餵食習慣	□	□	避免含糖飲料，不喝含咖啡因飲料（如：紅茶），多喝白開水。
		□	□	避免以食物作為孩子行為表現的獎勵品。
		□	□	餐前 2 小時內不宜提供點心。
		□	□	規定合理用餐時間（一般為 30 分鐘）。
	用餐環境	□	□	用餐應固定地點，讓孩子坐高腳椅，並與家人一起用餐。
		□	□	用餐時不要看電視、平板及手機等 3C用品，並固定在餐桌上用餐。
		□	□	維持進餐愉悅氣氛，讓孩子參與餐桌談話。
2. 口腔與視力保健	口腔清潔	□	□	餐後及睡前使用尼龍刷毛牙刷沾含氟 1,000ppm牙膏（僅需米粒大小），幫孩子潔牙，兩顆牙齒的鄰接面，需使用牙線（棒）清潔。
		□	□	每半年定期看牙醫及牙齒塗氟。
	視力保健	□	□	用眼 30 分鐘，休息 10 分鐘，並避免長時間近距離用眼。2 歲以上每日看螢幕不要超過 1 小時，有視覺異常症狀應看眼科醫師。
3. 預防事故傷害	安全照顧行為	□	□	藥品、清潔劑、殺蟲劑等危險物品，置於高處或鎖在櫥櫃、抽屜內。
		□	□	電器用品應放置平穩不易傾倒，其電線收藏在孩子無法碰觸或拉動之處。
		□	□	避免孩子夾傷，摺疊桌放置在孩子無法接觸到的地方。
		□	□	避免孩子獨自留在浴室浴缸，每當孩子靠近水的地方，包括水桶、水池、上廁所，應當提高警覺，在旁注意。
	孩子外出	□	□	教導孩子穿越馬路「停看聽」的正確交通行為，且在過馬路時仍應牽住孩子的手腕。
		□	□	避免使用機車搭載孩子。
		□	□	務必使用汽車安全座椅，並依照說明書正確安裝定位於後座。

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

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

備註：

1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第 7 次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

健康署第七次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單（三歲至未滿七歲）

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

姓　名		出生日期	年　月　日	身分證字號	

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

※返家後若有育兒需求諮詢，請多加運用孕產婦關懷專線 0800-870870

醫療院所名稱及代碼	衛教指導對象與寶寶關係	醫師簽章 指導日期　年　月　日

備註：一、本衛教指導內容由健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
二、本次衛教指導之建議年齡為三至四歲，可搭配第七次兒童預防保健（補助時程為三至未滿七歲）執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
三、本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

修正規定	現行規定	說明

健康署第八次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單(三歲至五歲)

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

衛教主題	重點	家長評估 未做到	家長評估 已做到	醫師指導重點
1. 孩子習慣養成	餵食習慣	☐	☐	避免含糖飲料。選擇營養食物，避免高油、高糖、高鹽及重口味的食物或零食。
		☐	☐	攝取均衡飲食，著重多樣性蔬菜水果。避免給予孩子零食，且家中不要存放過多零食。
	用餐環境	☐	☐	3 歲後可以開始規定一些簡單的餐桌禮節，用餐時應讓孩子坐穩，避免邊玩邊吃。
		☐	☐	用餐應固定地點，讓孩子坐高腳椅，並與家人一起用餐。
		☐	☐	避免在兒童房放置電視，除孩子易受電視食品廣告影響外，長期久坐會有肥胖風險。
2. 口腔與視力保健	口腔清潔	☐	☐	餐後及睡前使用尼龍刷毛牙刷沾含氟 1,000ppm牙膏（僅需豌豆大小），幫孩子潔牙，兩顆牙齒的鄰接面，需使用牙線（棒）清潔。
		☐	☐	每 3 個月至 6 個月定期看牙醫及牙齒塗氟。
	視力保健	☐	☐	2 歲以上孩子每天看螢幕不要超過 1 小時。
		☐	☐	用眼 30 分鐘，休息 10 分鐘，且避免長時間近距離用眼。
3. 預防事故傷害	安全照顧行為	☐	☐	不可讓孩子獨處或託付給未成年者照顧。
		☐	☐	避免孩子接觸打火機或家中火源。
		☐	☐	刀剪等危險物品，應置於高處或鎖在櫥櫃、抽屜內。
		☐	☐	避免孩子發生墜樓的事故，窗戶、陽台旁不可放置可供孩子攀爬的傢俱、花盆等雜物。
	孩子外出	☐	☐	使用符合身高體重之兒童安全座椅，並依照說明書正確安裝固定於汽車後座。
		☐	☐	禁止讓孩子獨自留在車內、儲水容器邊、池塘邊、河邊、游泳池及游泳池邊、海邊。
		☐	☐	教導並提醒孩子穿越馬路「停看聽」的正確交通行為，且在過馬路時仍應牽住孩子的手腕。
		☐	☐	避免使用機車搭載孩子。

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

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

備註：

1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第 8 次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

修正規定	現行規定	說明

健康署第九次兒童衛教指導檢查紀錄結果表單(五歲至未滿七歲)

※紅框內之欄位請醫護人員協助家長於衛教指導前先行填寫，以供醫師參考。

衛教主題	重點	家長評估 未做到	家長評估 已做到	醫師指導重點
1. 孩子習慣養成	餵食習慣	☐	☐	避免含糖飲料。選擇營養食物，避免高油、高糖、高鹽及重口味的食物或零食。
		☐	☐	攝取均衡飲食，著重多樣性蔬菜水果。避免給予孩子零食，且家中不要存放過多零食。
	用餐環境	☐	☐	用餐應固定地點，讓孩子坐高腳椅，並與家人一起用餐。
		☐	☐	避免在兒童房放置電視，除孩子易受電視食品廣告影響外，長期久坐會有肥胖風險。
2. 口腔與視力保健	口腔清潔	☐	☐	餐後及睡前使用尼龍刷毛牙刷沾含氟1,000ppm牙膏（僅需豌豆大小），幫孩子潔牙，兩顆牙齒的鄰接面，需使用牙線（棒）清潔。
		☐	☐	每3個月至6個月定期看牙醫及牙齒塗氟。
		☐	☐	恆牙第一大臼齒長出後可至牙醫院所接受窩溝封填服務。
	視力保健	☐	☐	2歲以上孩子每天看螢幕不要超過1小時。
		☐	☐	用眼30分鐘，休息10分鐘，且避免長時間近距離用眼。
3. 預防事故傷害	安全照顧行為	☐	☐	避免孩子接觸打火機或家中火源。
		☐	☐	刀剪等危險物品，應置於高處或鎖在櫥櫃、抽屜內。
		☐	☐	避免孩子發生墜樓的事故，窗戶、陽台旁不可放置可供孩子攀爬的傢俱、花盆等雜物。
		☐	☐	不可讓6歲以下孩子獨處或託付給未成年者照顧。
	孩子外出	☐	☐	禁止讓孩子獨自留在車內、儲水容器邊、池塘邊、河邊、游泳池及游泳池邊、海邊。
		☐	☐	使用符合身高體重之兒童安全座椅，並依照說明書正確安裝固定於汽車後座。
		☐	☐	教導並提醒孩子穿越馬路「停看聽」的正確交通行為，且在過馬路時仍應牽住孩子的手腕。

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

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

備註：

1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及臺灣兒科醫學會共同研擬。
2. 本次衛教指導搭配第9次兒童預防保健執行，並請參閱兒童健康手冊內容予以衛教。
3. 本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

修正規定	現行規定	說明

附表一之十二

健康署兒童預防保健服務(含衛教指導)紀錄結果表單電子檔申報格式

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

附表一之十二

健康署兒童健康檢查紀錄結果表單電子檔申報格式

（每筆長度：212 BYTES）

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

一、原「健康署兒童健康檢查紀錄結果表單電子檔申報格式」改為「健康署兒童預防保健服務(含衛教指導) 紀錄結果表單電子檔申報格式」。

二、原僅規定需上傳第五次(一歲六個月至二歲)及第七次(三歲至未滿七歲)，自一百十五年七月一日將兒童預防保健次數由七次新增為九次，並改為九次服務結果皆須上傳，其中各次服務時程之上傳格式及項目欄位皆依據新制度做變動修改。

三、依據新制度做變動修改。

修正規定

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

備註：

一、身分證統一編號檢查原則：請特約醫事服務機構參考健保署「門診醫療服務醫令清單媒體申報格式及填表說明」，該填表說明更新時，本申報格式之身分證統一編號檢查原則亦隨之更新。

二、性別檢查原則：請特約醫事服務機構參考健保署之「住院醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明」，所訂身分證統一編號欄位之性別檢查原則，該填表說明更新時，本申報格式之性別檢查原則亦隨之更新。

三、「健康評估及建議處置」欄位

（一）填寫「無明顯異常」者，則無須填寫「需注意或異常項目」相關欄位。

（二）填寫「需注意或異常項目」者，請進一步填寫「需注意或異常項目」之選項（包括「身體檢查」及「注意項目」），若有多項需注意或異常項目，請同時填報。

現行規定

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

說明

修正規定	現行規定			說明

42	發展異常題項（題項 A3）	X（1）	0：無；1：有。【1 歲 6 個月至 2 歲兒童測量】
43	發展異常題項（題項 A4）	X（1）	0：無；1：有。【1 歲 6 個月至 2 歲兒童測量】
44	發展異常題項（題項 A5）	X（1）	0：無；1：有。【1 歲 6 個月至 2 歲兒童測量】
45	發展異常題項（題項 A7）	X（1）	0：無；1：有。【1 歲 6 個月至 2 歲兒童測量】
46	**【1 歲 6 個月至 2 歲兒童】** 發展狀況需注意或異常項目-認知	X（1）	0：無；1：有。請參見備註六。
47	發展異常題項（題項 A4）	X（1）	0：無；1：有。【1 歲 6 個月至 2 歲兒童測量】
48	發展異常題項（題項 A9）	X（1）	0：無；1：有。【1 歲 6 個月至 2 歲兒童測量】
49	**【1 歲 6 個月至 2 歲兒童】** 發展狀況需注意或異常項目-社會發展	X（1）	0：無；1：有。請參見備註六。
50	發展異常題項（題項 A6）	X（1）	0：無；1：有。【1 歲 6 個月至 2 歲兒童測量】
51	發展異常題項（題項 A8）	X（1）	0：無；1：有。【1 歲 6 個月至 2 歲兒童測量】
52	**【1 歲 6 個月至 2 歲兒童】** 發展狀況需注意或異常項目-其他	X（1）	0：無；1：有。
53	**【3 至未滿 7 歲之 3 至 4 歲兒童】** 發展狀況需注意或異常項目-動作	X（1）	0：無；1：有。請參見備註六。
54	發展異常題項（題項 B1）	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 3 至 4 歲兒童測量】
55	發展異常題項（題項 B2）	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 3 至 4 歲兒童測量】
56	發展異常題項（題項 B4）	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 3 至 4 歲兒童測量】
57	發展異常題項（題項 B6）	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 3 至 4 歲兒童測量】
58	**【3 至未滿 7 歲之 3 至 4 歲兒童】** 發展狀況需注意或異常項目-語言	X（1）	0：無；1：有。請參見備註六。
59	發展異常題項（題項 B7）	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 3 至 4 歲兒童測量】
60	發展異常題項（題項 B9）	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 3 至 4 歲兒童測量】
61	發展異常題項（題項 B10）	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 3 至 4 歲兒童測量】
62	**【3 至未滿 7 歲之 3 至 4 歲兒童】** 發展狀況需注意或異常項目-認知	X（1）	0：無；1：有。請參見備註六。
63	發展異常題項（題項 B8）	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 3 至 4 歲兒童測量】
64	**【3 至未滿 7 歲之 3 至 4 歲兒童】** 發展狀況需注意或異常項目-社會發展	X（1）	0：無；1：有。請參見備註六。

修正規定	現行規定			說明
	65	發展異常題項〔題項 B3〕	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 3 至 4 歲兒童測量】
	66	發展異常題項〔題項 B5〕	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 3 至 4 歲兒童測量】
	67	【3 至未滿 7 歲之 3 至 4 歲兒童】發展狀況需注意或異常項目-其他	X（1）	0：無；1：有。請參見備註六。
	68	【3 至未滿 7 歲之 4 至 7 歲兒童】發展狀況需注意或異常項目-動作	X（1）	0：無；1：有。請參見備註六。
	69	發展異常題項〔題項 C1〕	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 4 至 7 歲兒童測量】
	70	發展異常題項〔題項 C2〕	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 4 至 7 歲兒童測量】
	71	發展異常題項〔題項 C3〕	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 4 至 7 歲兒童測量】
	72	發展異常題項〔題項 C5〕	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 4 至 7 歲兒童測量】
	73	發展異常題項〔題項 C7〕	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 4 至 7 歲兒童測量】
	74	【3 至未滿 7 歲之 4 至 7 歲兒童】發展狀況需注意或異常項目-語言	X（1）	0：無；1：有。請參見備註六。
	75	發展異常題項〔題項 C6〕	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 4 至 7 歲兒童測量】
	76	發展異常題項〔題項 C7〕	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 4 至 7 歲兒童測量】
	77	【3 至未滿 7 歲之 4 至 7 歲兒童】發展狀況需注意或異常項目-認知	X（1）	0：無；1：有。請參見備註六。
	78	發展異常題項〔題項 C7〕	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 4 至 7 歲兒童測量】
	79	發展異常題項〔題項 C8〕	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 4 至 7 歲兒童測量】
	80	【3 至未滿 7 歲之 4 至 7 歲兒童】發展狀況需注意或異常項目-社會發展	X（1）	0：無；1：有。請參見備註六。
	81	發展異常題項〔題項 C4〕	X（1）	0：無；1：有【3 至未滿 7 歲之 4 至 7 歲兒童測量】
	82	【3 至未滿 7 歲之 4 至 7 歲兒童】發展狀況需注意或異常項目-其他	X（1）	0：無；1：有。請參見備註六。
	83	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

修正規定	現行規定	說明

			號，請參考備註七。
84	特約醫事機構代碼	X（10）	衛生福利部編定之代碼。
85	特殊記載	X（30）	如有特殊利用情形者，請敘明。 中英文字至多鍵入 30 個 BYTES，左靠不足補中文空白（BIG-5 碼請補滿 30 個 BYTES）。
86	保留欄位	X（30）	預留欄位用。
87	受檢保險對象姓名	X（20）	左靠不足補中文空白（BIG-5 碼請補滿 20 個 BYTES），如為外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形，不足補英文空白（姓名欄為檔案最後之欄位）。

備註：

一、性別檢查原則：請特約醫事服務機構參考健保署之「住院醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明」，所訂身分證統一編號欄位之性別檢查原則，該填表說明更新時，本申報格式之性別檢查原則亦隨之更新。

二、身分證統一編號檢查原則：請特約醫事服務機構參考健保署「門診醫療服務醫令清單媒體申報格式及填表說明」，該填表說明更新時，本申報格式之身分證統一編號檢查原則亦隨之更新。

三、「健康評估」欄位

（一）填寫「無明顯異常」者，則無須填寫「需注意或異常項目」相關欄位。

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

四、「建議處置」欄位（限填寫「需注意或異常項目」者填報）

（一）填寫「建議定期追蹤」者，無須填寫「需注意或異常項目」。

（二）填寫「建議轉介，進一步檢查」者，則依據前一步驟填寫「需注意或異常項目」之項目，說明如下：

1、若填寫「生長評估」者，則須進一步填寫「身高問題」、「體重問題」及「頭圍問題」等細項欄位（其中「頭圍問題」僅限 1 歲 6 個月至 2 歲兒童），若有多項需注意或異常項目，請同時填報。

2、若填寫「身體檢查」，則須進一步填寫「一般檢查」、「眼睛檢查」、「對聲音反應」、「口腔檢查」等細項欄位，若有多項需注意或異常項目，請同時填報。

3、若填寫「發展評估」者，則須進一步填寫「動作」、「語言」、「認知」、「社會發展」及「其他」等細項欄位，若有多項需注意或異常項目，請同時填報。

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

六、「發展異常題項」欄位（若有多項需注意或異常項目，請同時填報）

（一）「健康署【一歲六個月至二歲】兒童健康檢查紀錄結果表單」（適用年齡為 18≦檢查年月-出生年月≦24 者）

1、「發展狀況需注意或異常項目」為「動作」者，請填寫異常題項：A1、A2 或 A10。

2、「發展狀況需注意或異常項目」為「語言」者，請填寫異常題項：A3、A4、A5 或 A7。

3、「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者，請填寫異常題項：A4 或 A9。

4、「發展狀況需注意或異常項目」為「社會發展」者，請填寫異常題項：A6 或 A8。

（二）「健康署【三至未滿七歲】兒童健康檢查紀錄結果表單」（適用年齡為 36≦檢查年月-出生年月≦84 者）

1、年齡 3 至 4 歲者

（1）「發展狀況需注意或異常項目」為「動作」者，請填寫異常題項：B1、B2、B4 或 B6。

（2）「發展狀況需注意或異常項目」為「語言」者，請填寫異常題項：B7、B9 或 B10。

（3）「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者，請填寫異常題項：B8 或 B11。

（4）「發展狀況需注意或異常項目」為「社會發展」者，請填寫異常題項：B3 或 B5。

2、年齡 4 至 7 歲者

（1）「發展狀況需注意或異常項目」為「動作」者，請填寫異常題項：C1、C2、C3、C5 或 C7。

（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。

（3）「發展狀況需注意或異常項目」為「認知」者，請填寫異常題項：C7、C8。

修正規定	現行規定	說明
	（4）「發展狀況需注意或異常項目」為「社會發展」者，請填寫異常題項：C4。 七、第 5 次或第 7 次兒童健康檢查就醫序號填報方式，IC76 為第 5 次〔1 歲 6 個月至 2 歲），IC79 為第 7 次（3 至未滿 7 歲）。 八、各項次資料請務必詳實填寫，不符個案受檢年齡之欄位，文字欄位補空白，數字欄位補 0，如經檢核有錯誤者，將以退件處理。	

修正規定	現行規定	說明

附表二之二　健康署產前檢查服務及產後健康照護服務對象、時程、服務內容及補助金額

（單位：新臺幣元）

醫令代碼		就醫序號		服務對象及建議時程		服務內容	補助金額	
醫療院所	助產所	醫療院所	助產所				醫療院所	助產所
40	5A	IC40	IC5A	妊娠第一期孕婦(妊娠未滿十三週)	第一次(第八週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、流產徵兆、高危險妊娠及孕期營養衛教指導。	340	272
41	5B	IC41	IC5B		第二次(第十二週)	一、於妊娠八週以後或第二次檢查須包括下列檢查項目 (一)問診：家庭疾病史、過去疾病史、過去孕產史、本胎不適症狀、成癮習慣查詢。 (二)身體檢查：體重、身高、血壓、甲狀腺、乳房、骨盆腔檢查、胸部及腹部檢查。 (三)實驗室檢驗：血液常規項目(包括白血球(WBC)、紅血球(RBC)、血小板(Plt)、血球容積比(Hct)、血色素(Hb)、平均紅血球體積(MCV)、血型、Rh因子、德國麻疹抗體Rubella IgG及B型肝炎血清標誌檢驗HBsAg、HBeAg(惟因特殊情況無法於本次檢查者，可於第八次孕婦產前檢查時接受本項檢查)、VDRL或RPR(梅毒檢查)及尿液常規。 二、例行檢查項目。(註一) 三、德國麻疹抗體檢查呈陰性之孕婦，應在產後儘速注射一劑麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗，該劑疫苗免費。	735(不含Rubella IgG及HBsAG、HBeAG)	652(不含Rubella IgG及HBsAG、HBeAG)
42	5C	IC42	IC5C	妊娠第二期孕婦(妊娠十三週至未滿二十九週)	第三次(第十六週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、早產防治衛教指導。	340	272
43	5D	IC43	IC5D		第四次(第二十週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、早產防治衛教指導。	340	272
44	5E	IC44	IC5E		第五次(第二十四週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、早產徵兆及孕期營養衛教指導。	340	272
45	5F	IC45	IC5F		第六次(第二十八週)	例行檢查項目。(註一)	340	272

附表二之二　健康署產前檢查服務及產後健康照護服務對象、時程、服務內容及補助金額

（單位：新臺幣元）

醫令代碼		就醫序號		服務對象及建議時程		服務內容	補助金額	
醫療院所	助產所	醫療院所	助產所				醫療院所	助產所
40	5A	IC40	IC5A	妊娠第一期孕婦(妊娠未滿十三週)	第一次(第八週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、流產徵兆、高危險妊娠及孕期營養衛教指導。	340	272
41	5B	IC41	IC5B		第二次(第十二週)	一、於妊娠八週以後或第二次檢查須包括下列檢查項目 (一)問診：家庭疾病史、過去疾病史、過去孕產史、本胎不適症狀、成癮習慣查詢。 (二)身體檢查：體重、身高、血壓、甲狀腺、乳房、骨盆腔檢查、胸部及腹部檢查。 (三)實驗室檢驗：血液常規項目(包括白血球(WBC)、紅血球(RBC)、血小板(Plt)、血球容積比(Hct)、血色素(Hb)、平均紅血球體積(MCV)、血型、Rh因子、德國麻疹抗體Rubella IgG及B型肝炎血清標誌檢驗HBsAg、HBeAg(惟因特殊情況無法於本次檢查者，可於第八次孕婦產前檢查時接受本項檢查)、VDRL或RPR(梅毒檢查)及尿液常規。 二、例行檢查項目。(註一) 三、德國麻疹抗體檢查呈陰性之孕婦，應在產後儘速注射一劑麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗，該劑疫苗免費。	735(不含Rubella IgG及HBsAG、HBeAG)	652(不含Rubella IgG及HBsAG、HBeAG)
42	5C	IC42	IC5C	妊娠第二期孕婦(妊娠十三週至未滿二十九週)	第三次(第十六週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、早產防治衛教指導。	340	272
43	5D	IC43	IC5D		第四次(第二十週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、早產防治衛教指導。	340	272
44	5E	IC44	IC5E		第五次(第二十四週)	一、例行檢查項目。(註一) 二、早產徵兆及孕期營養衛教指導。	340	272
45	5F	IC45	IC5F		第六次(第二十八週)	例行檢查項目。(註一)	340	272

一、醫令碼66及68服務內容欄位中，原「註八」及「註九」分別修正為「註九」及「註十」。

二、因應中央健康保險署於一百十五年一月起公告實施之「 孕婦產前檢查-非特異性梅毒螺旋體試驗陽性，接續進行特異性梅毒螺旋體試驗申報方式」，爰新增第八項備註內容。

三、新增備註第八點，爰調整原備註八至備註十二。

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

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

說明

修正規定							現行規定							說明
64	65	IC41、IC47	IC5B、IC5H	Rubella IgG實驗室檢驗（於第二次孕婦產前檢查提供一次檢驗服務，惟因特殊情況無法於本次檢查者，可改於第八次孕婦產前檢查接受本項檢查。）（註六）	216	216	64	65	IC41、IC47	IC5B、IC5H	Rubella IgG實驗室檢驗（於第二次孕婦產前檢查提供一次檢驗服務，惟因特殊情況無法於本次檢查者，可改於第八次孕婦產前檢查接受本項檢查。）（註六）	216	216	
69	70	IC41、IC47	IC5B、IC5H	HBsAg、HBeAg（於第二次孕婦產前檢查提供一次檢驗服務，惟因特殊情況無法於本次檢查者，可改於第八次孕婦產前檢查接受本項檢查。）（註七）	450	450	69	70	IC41、IC47	IC5B、IC5H	HBsAg、HBeAg（於第二次孕婦產前檢查提供一次檢驗服務，惟因特殊情況無法於本次檢查者，可改於第八次孕婦產前檢查接受本項檢查。）（註七）	450	450	
66	67	IC48~IC51	IC5I~IC5L	產前乙型鏈球菌篩檢(孕婦建議於妊娠第三十五週至第三十七週產前檢查時提供一次。）（註九）	500（註十）	500（註十）	66	67	IC48~IC51	IC5I~IC5L	產前乙型鏈球菌篩檢(孕婦建議於妊娠第三十五週至第三十七週產前檢查時提供一次。）（註八）	500（註九）	500（註九）	
68	-	IC40~IC47	-	早產住院安胎者住院期間執行孕婦乙型鏈球菌篩檢（註九）： 一、懷孕週數未滿三十五週，若因早產而住院之懷孕婦女，得由醫師專業醫療判定，提供本項篩檢。 二、因早產而住院並已接受乙型鏈球菌篩檢之孕婦後，若距上次篩檢時間已超過五週以上，且仍未生產者，仍可依醫師判斷再次進行本項篩檢。	500（註十）	-	68	-	IC40~IC47	-	早產住院安胎者住院期間執行孕婦乙型鏈球菌篩檢（註八）： 一、懷孕週數未滿三十五週，若因早產而住院之懷孕婦女，得由醫師專業醫療判定，提供本項篩檢。 二、因早產而住院並已接受乙型鏈球菌篩檢之孕婦後，若距上次篩檢時間已超過五週以上，且仍未生產者，仍可依醫師判斷再次進行本項篩檢。	500（註九）	-	
98	98	IC40~IC42	IC5A~IC5C	經醫師診斷、確認懷孕後至妊娠未滿十七週	產前健康照護衛教指導： 一、針對具有危害健康行為之因子（如吸菸、二手菸、喝酒、嚼檳榔及使用毒品），及孕期重要健康議題（如維持母胎安全、孕期營養、兩性平權），提供衛教評估及個別衛教指導。 二、依孕婦健康需求執行，可搭配第一次至第三次孕婦產前檢查任一次執行指導。	100	100	98	98	IC40~IC42	IC5A~IC5C	經醫師診斷、確認懷孕後至妊娠未滿十七週	產前健康照護衛教指導： 一、針對具有危害健康行為之因子（如吸菸、二手菸、喝酒、嚼檳榔及使用毒品），及孕期重要健康議題（如維持母胎安全、孕期營養、兩性平權），提供衛教評估及個別衛教指導。 二、依孕婦健康需求執行，可搭配第一次至第三次孕婦產前檢查任一次執行指導。	100	100	
99	99	IC46~IC53	IC5G~IC5N	妊娠第二十九週以上	產前健康照護衛教指導： 一、針對具有危害健康行為之因子（如吸菸、二手菸、喝酒、嚼檳榔及使用毒品），及孕期重要健康議題（如維持母胎安全、孕期營養、孕期心理適應、生產準備計畫及母乳哺育），提供衛教評估及個別衛教指導。 二、依孕婦健康需求執行，可搭配第七次至第十四次孕婦產檢任一次執行指導。	100	100	99	99	IC46~IC53	IC5G~IC5N	妊娠第二十九週以上	產前健康照護衛教指導： 一、針對具有危害健康行為之因子（如吸菸、二手菸、喝酒、嚼檳榔及使用毒品），及孕期重要健康議題（如維持母胎安全、孕期營養、孕期心理適應、生產準備計畫及母乳哺育），提供衛教評估及個別衛教指導。 二、依孕婦健康需求執行，可搭配第七次至第十四次孕婦產檢任一次執行指導。	100	100	

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

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

說明

修正規定	現行規定	說明
備註： 一、產前檢查內容包括： （一）問診內容：本胎不適症狀如出血、腹痛、頭痛、痙攣或其他症狀。 （二）身體檢查：體重、血壓、胎心音、胎位、水腫、靜脈曲張。 （三）實驗室檢查：尿蛋白、尿糖。 二、經醫療專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請：醫令代碼54，因妊娠超過四十週仍有產檢需求且不符合健保給付範圍者，由醫事服務機構於事前填具理由向健康署申請，限於妊娠第四十一週或第四十二週申報。 三、超音波檢查： 〔一〕醫令代碼60、6A，限併同就醫序號IC40～IC42或IC 5A～5C擇一作申報。 〔二〕醫令代碼61、6B，限併同就醫序號IC43～IC46或IC5D～5G擇一作申報。 〔三〕醫令代碼62、6C，限併同就醫序號IC47～IC53或IC5H～IC5N擇一作申報。 四、貧血檢驗： 〔一〕醫令代碼55、6D，限併同就醫序號IC44～IC45或IC5E～IC5F擇一作申報。 〔二〕於妊娠第24-28週時接受CBC III-（WBC、RBC、Hb、Hct、MCV)及血小板計數。孕婦貧血診斷標準，第二孕期血色素<10.5g/dL。 五、妊娠糖尿病篩檢： 〔一〕醫令代碼56、6E，限併同就醫序號IC44～IC45；IC5E～IC5F擇一作申報。 〔二〕於妊娠第24-28週時接受空腹及口服七十五公克葡萄糖一小時及二小時後血漿葡萄糖測定：以空腹血糖≥92mg/dL；口服葡萄糖後一小時血糖≥180mg/dL；第二小時血糖≥153mg/dL為標準，符合以上三項當中一項(含)以上，即診斷為妊娠糖尿病(GDM)。對檢驗確診GDM者，提供說明、初步衛教及轉介至相關門診治療，持續提供後續照護。 六、產檢德國麻疹抗體檢驗：每一孕婦產檢，若於醫療院所產檢，其醫令代碼64須與就醫序號IC41或IC47擇一申報；若於助產所產檢，其醫令代碼65須與就醫序號IC5B或IC5H擇一申報；不得重複申報。未依規定申報者，不予核付該費用。 七、產檢B型肝炎血清標誌檢驗。每一孕婦產檢，若於醫療院所產檢，其醫令代碼69須與就醫序號IC41或IC47擇一申報；若於助產所產檢，其醫令代碼70須與就醫序號IC5B或IC5H擇一申報；不得重複申報。未依規定申報者，不予核付該費用。 八、當提供梅毒檢查（非特異性）後，如呈陽性，則健保對象無須回診，院所逕接續執行特異性梅毒螺旋體試驗，並申報健保費用；相關申報方式，請參閱健保署公告自一百十五年一月起實施之「孕婦產前檢查-非特異性梅毒螺旋體試驗陽性接續進行特異性梅毒螺旋體試驗申報方式」辦理。 九、產前乙型鏈球菌篩檢：醫令代碼66、67，限併同就醫序號IC48～IC51或IC5I～IC5L擇一作申報。 （一）早產住院安胎執行者，分開二筆申報，孕婦乙型鏈球菌篩檢費用以68之醫令代碼，就醫序號為IC40～IC47，擇一於門診申報該筆費用。 （二）若因早產現象而住院之懷孕婦女在補助孕婦乙型鏈球菌篩檢前，其就醫序號已使用過IC47時，於提供該項篩檢服務後，可依下列方式申報： 1. 若懷孕週數「已滿三十五週未達三十八週」時，得以66醫令代碼，及擇用IC48～IC51就醫序號，擇一作申報。 2. 若「懷孕週數未滿三十五週」時，仍可依醫師判斷進行孕婦乙型鏈球菌篩檢，並以 68 醫令代碼及就醫序號 IC47 申報該筆費用。 十、低收入戶、中低收入戶、設籍山地原住民地區、離島偏遠地區之產前乙型鏈球菌篩檢，不得再收取差額。另實際收費高於健康署補助金額者（每案新臺幣500元），須對服務對象作合理說明，並獲得服務對象接受，始得收取差額。 十一、有關重複受檢檢核條件如下： （一）醫令代碼40（5A）、41（5B）、60（6A）、64（65）、69（70）、98同院所、同身分證字號、同月或連續二個月皆不得重複申報。 （二）醫令代碼42（5C）四個月內不得重複申報。 （三）醫令代碼5P（6P）、5Q（6Q）五個月內不得重複申報。 〔四〕醫令代碼43（5D）、44（5E）、45（5F）、46（5G）、47（5H）、48（5I）、49（5J）、50（5K）、51（5L）、52（5M）、53（5N）、66（67）、99、61（6B）、62（6C）、55（6D）、56（6E），同身分證字號七個月內不得重複申報。 〔五〕醫令代碼5P（6P），同院所、同身分證字號一年內不得重複四次以上。 〔六〕醫令代碼64（65）、69（70）、98、5Q（6Q），同院所、同身分證字號一年內不得重複三次以上。 〔七〕醫令代碼54，同院所、同身分證字號七個月內不得重複三次以上。 〔八〕醫令代碼68：同院所、同身分證字號五週內不得重複申報。 十二、醫令代碼5P（6P）服務時程應於產後第31天內，5Q（6Q），服務時程應介於產後第28至92天，且二者間隔至少5天，始得提供前述服務。 十三、性別條件為女性。	備註： 一、產前檢查內容包括： （一）問診內容：本胎不適症狀如出血、腹痛、頭痛、痙攣或其他症狀。 （二）身體檢查：體重、血壓、胎心音、胎位、水腫、靜脈曲張。 （三）實驗室檢查：尿蛋白、尿糖。 二、經醫療專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請：醫令代碼54，因妊娠超過四十週仍有產檢需求且不符合健保給付範圍者，由醫事服務機構於事前填具理由向健康署申請，限於妊娠第四十一週或第四十二週申報。 三、超音波檢查： （一）醫令代碼60、6A，限併同就醫序號IC40～IC42或IC 5A～5C擇一作申報。 （二）醫令代碼61、6B，限併同就醫序號IC43～IC46或IC5D～5G擇一作申報。 （三）醫令代碼62、6C，限併同就醫序號IC47～IC53或IC5H～IC5N擇一作申報。 四、貧血檢驗： （一）醫令代碼55、6D，限併同就醫序號IC44～IC45或IC5E～IC5F擇一作申報。 （二）於妊娠第24-28週時接受CBC III-（WBC、RBC、Hb、Hct、MCV)及血小板計數。孕婦貧血診斷標準，第二孕期血色素<10.5g/dL。 五、妊娠糖尿病篩檢： （一）醫令代碼56、6E，限併同就醫序號IC44～IC45；IC5E～IC5F擇一作申報。 （二）於妊娠第24-28週時接受空腹及口服七十五公克葡萄糖一小時及二小時後血漿葡萄糖測定：以空腹血糖≥92mg/dL；口服葡萄糖後一小時血糖≥180mg/dL；第二小時血糖≥153mg/dL為標準，符合以上三項當中一項(含)以上，即診斷為妊娠糖尿病(GDM)。對檢驗確診GDM者，提供說明、初步衛教及轉介至相關門診治療，持續提供後續照護。 六、產檢德國麻疹抗體檢驗：每一孕婦產檢，若於醫療院所產檢，其醫令代碼64須與就醫序號IC41或IC47擇一申報；若於助產所產檢，其醫令代碼65須與就醫序號IC5B或IC5H擇一申報；不得重複申報。未依規定申報者，不予核付該費用。 七、產檢B型肝炎血清標誌檢驗。每一孕婦產檢，若於醫療院所產檢，其醫令代碼69須與就醫序號IC41或IC47擇一申報；若於助產所產檢，其醫令代碼70須與就醫序號IC5B或IC5H擇一申報；不得重複申報。未依規定申報者，不予核付該費用。 八、產前乙型鏈球菌篩檢：醫令代碼66、67，限併同就醫序號IC48～IC51或IC5I～IC5L擇一作申報。 （一）早產住院安胎執行者，分開二筆申報，孕婦乙型鏈球菌篩檢費用以68之醫令代碼，就醫序號為IC40～IC47，擇一於門診申報該筆費用。 （二）若因早產現象而住院之懷孕婦女在補助孕婦乙型鏈球菌篩檢前，其就醫序號已使用過IC47時，於提供該項篩檢服務後，可依下列方式申報： 1. 若懷孕週數「已滿三十五週未達三十八週」時，得以66醫令代碼，及擇用IC48～IC51就醫序號，擇一作申報。 2. 若「懷孕週數未滿三十五週」時，仍可依醫師判斷進行孕婦乙型鏈球菌篩檢，並以 68 醫令代碼及就醫序號 IC47 申報該筆費用。 九、低收入戶、中低收入戶、設籍山地原住民地區、離島偏遠地區之產前乙型鏈球菌篩檢，不得再收取差額。另實際收費高於健康署補助金額者（每案新臺幣500元），須對服務對象作合理說明，並獲得服務對象接受，始得收取差額。 十、有關重複受檢檢核條件如下： （一）醫令代碼40（5A）、41（5B）、60（6A）、64（65）、69（70）、98同院所、同身分證字號、同月或連續二個月皆不得重複申報。 （二）醫令代碼42（5C）四個月內不得重複申報。 （三）醫令代碼5P（6P）、5Q（6Q）五個月內不得重複申報。 （四）醫令代碼43（5D）、44（5E）、45（5F）、46（5G）、47（5H）、48（5I）、49（5J）、50（5K）、51（5L）、52（5M）、53（5N）、66（67）、99、61（6B）、62（6C）、55（6D）、56（6E），同身分證字號七個月內不得重複申報。 （五）醫令代碼5P（6P），同院所、同身分證字號一年內不得重複四次以上。 （六）醫令代碼64（65）、69（70）、98、5Q（6Q），同院所、同身分證字號一年內不得重複三次以上。 （七）醫令代碼54，同院所、同身分證字號七個月內不得重複三次以上。 （八）醫令代碼68：同院所、同身分證字號五週內不得重複申報。 十一、醫令代碼5P（6P）服務時程應於產後第31天內，5Q（6Q），服務時程應介於產後第28至92天，且二者間隔至少5天，始得提供前述服務。 十二、性別條件為女性。	

修正規定	現行規定	說明

附表二之五

健康署孕婦產前預防保健服務血液及尿液常規項目紀錄結果表

一、個人基本資料

姓名		身分證字號 居留證統一證號/護照號碼（外籍人士）	
出生日期	年 月 日	聯絡資訊	電話：( ) 手機：
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣 市鄉 村 路 段 巷 號 市 區鎮 里 街 弄 樓		

本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

二、產前檢查常規項目檢驗資料（產檢院所填寫）

產檢院所名稱		產檢院所醫事機構代碼	
檢查日期【註一】	年 月 日	篩檢時之孕期週數	第 週
身高	_____公分	體重	_____公斤
BMI【註二】	_____kg/m²	本次檢查使用卡序	□ IC41 或 IC5B □ IC47 或 IC5H

檢查項目	結果	檢查項目	結果
RH因子	□陰性 □陽性	第一次梅毒血清反應（VDRL或RPR）	□陰性 □陽性
血型		第二次梅毒血清反應（VDRL或RPR）	□陰性 □陽性
白血球（WBC）	x10³/uL	B型肝炎表面抗原	□陰性 □陽性 □未檢查
紅血球（RBC）	x10⁶/uL	B型肝炎e抗原	□陰性 □陽性 □未檢查
血小板（Plt）	x10³/uL	尿液常規	□正常 □異常（請於下列□進行勾選） □(1)尿蛋白 □(2)尿糖 □(3)顏色 □(4)比重 □(5)混濁度 □(6)酸鹼度 □(7)白血球 □(8)尿沉渣 □(9)尿膽元 □(10)膽紅素 □(11)潛血 □(12)酮體 □(13)其他_____
血球容積比(Hct)	%		
平均紅血球體積（MCV）	fl		
血色素（Hb）	g/dL □正常 □異常		
德國麻疹抗體反應	□陰性 □陽性 □弱陽性 □未檢查		

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

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

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

附表二之五

健康署孕婦產前預防保健服務血液及尿液常規項目紀錄結果表

一、個人基本資料

姓名		身分證字號 居留證統一證號/護照號碼（外籍人士）	
出生日期	年 月 日	聯絡資訊	電話：( ) 手機：
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣 市鄉 村 路 段 巷 號 市 區鎮 里 街 弄 樓		

本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

二、產前檢查常規項目檢驗資料（產檢院所填寫）

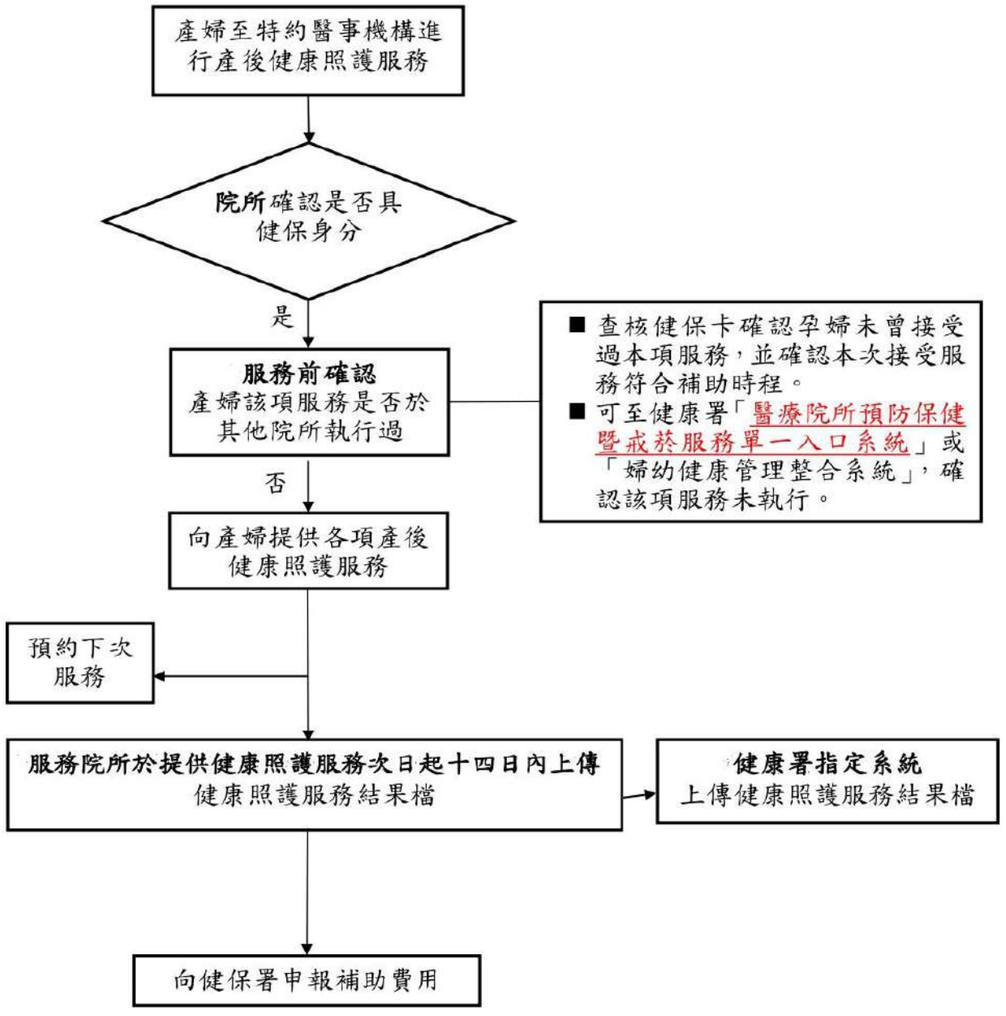
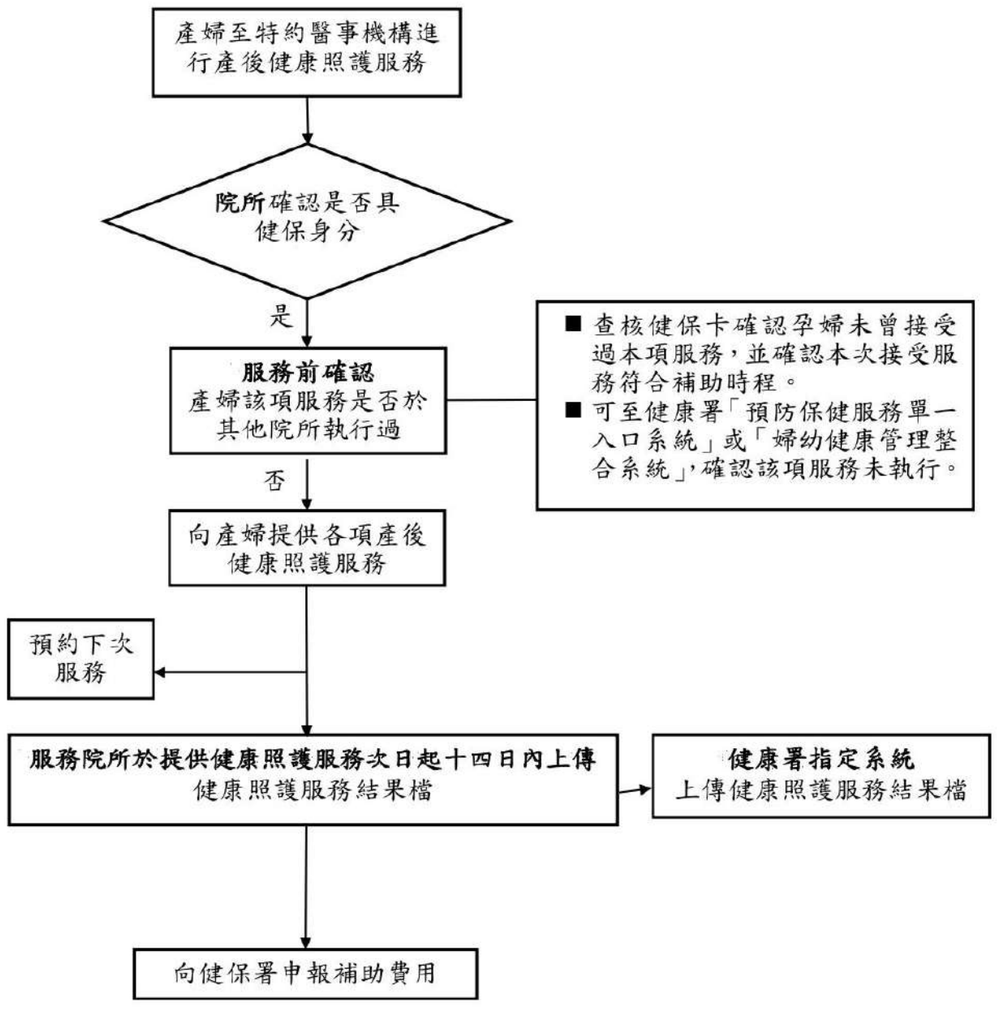
產檢院所名稱		產檢院所醫事機構代碼	
檢查日期【註一】	年 月 日	篩檢時之孕期週數	第 週
身高	_____公分	體重	_____公斤
BMI【註二】	_____kg/m²	本次檢查使用卡序	□ IC41 或 IC5B □ IC47 或 IC5H

檢查項目	結果	檢查項目	結果
RH因子	□陰性 □陽性	第一次梅毒血清反應（VDRL或RPR）	□陰性 □陽性
血型		第二次梅毒血清反應（VDRL或RPR）	□陰性 □陽性
白血球（WBC）	x10³/uL	B型肝炎表面抗原	□陰性 □陽性 □未檢查
紅血球（RBC）	x10⁶/uL	B型肝炎e抗原	□陰性 □陽性 □未檢查
血小板（Plt）	x10³/uL	尿液常規	□正常 □異常（請於下列□進行勾選） □(1)尿蛋白 □(2)尿糖 □(3)顏色 □(4)比重 □(5)混濁度 □(6)酸鹼度 □(7)白血球 □(8)尿沉渣 □(9)尿膽元 □(10)膽紅素 □(11)潛血 □(12)酮體 □ (13) 其他_____
血球容積比(Hct)	%		
平均紅血球體積（MCV）	fl		
血色素（Hb）	g/dL □正常 □異常		
德國麻疹抗體反應	□陰性 □陽性 □弱陽性 □未檢查		

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

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

因應中央健康保險署於一百十五年一月起公告實施之「孕婦產前檢查-非特異性梅毒螺旋體試驗陽性，接續進行特異性梅毒螺旋體試驗申報方式」，爰新增註三內容。

修正規定	現行規定	說明
附表二之二十四 **健康署產後健康照護服務結果登錄上傳流程圖**  	附表二之二十四 **健康署產後健康照護服務結果登錄上傳流程圖**  	修正系統名稱，原「預防保健服務單一入口系統」修改為「醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統」。

修正規定	現行規定	說明
（附表二之二十五，見下方）	（附表二之二十五，見下方）	考量產後婦女可能未有健康或生活型態之問題，爰依婦產科醫學會建議於各項新增「無此問題」選項。

修正規定

附表二之二十五

健康署第一次產後健康照護服務紀錄結果表

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

【註一】服務日期如與開單日期不一致，請填寫產後婦女實際接受本服務之日期，並於服務日期次日起十四日內將表單結果上傳至健康署指定系統。
【註二】此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出 BMI；若以批次上傳，則本欄為必填欄位。
【註三】本胎生產日期若為雙(多)胞胎，以最後一胎產出時間認定。

現行規定

附表二之二十五

健康署第一次產後健康照護服務紀錄結果表

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

【註一】服務日期如與開單日期不一致，請填寫產後婦女實際接受本服務之日期，並於服務日期次日起十四日內將表單結果上傳至健康署指定系統。
【註二】此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出 BMI；若以批次上傳，則本欄為必填欄位。
【註三】本胎生產日期若為雙(多)胞胎，以最後一胎產出時間認定。

修正規定	現行規定	說明

附表二之二十六

健康署第一次產後健康照護服務紀錄結果表
資料電子檔申報格式

第一次產後健康照護服務資料

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

附表二之二十六

健康署第一次產後健康照護服務紀錄結果表
資料電子檔申報格式

第一次產後健康照護服務資料

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

一、增加序號17至19各項新增「無此問題」選項代碼。
二、序號22修改備註選項代碼。

修正規定	現行規定	說明

附表二之二十七

健康署第二次產後健康照護服務紀錄結果表

一、個人基本資料

姓名		**身分證字號**	
		統一證號/護照號碼（外籍人士）	
出生日期	年　月　日	**聯絡資訊**	電話：(　) 手機：
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣　市鄉　村　路　段　巷　號 市　區鎮　里　街　弄　樓		

本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

二、產後健康照護服務資料（提供服務院所填寫）

服務院所名稱		服務院所 醫事機構代碼	
本胎生產日期	年　月　日		
服務日期 【註一】	年　月　日	**服務時之產後天數**	第　天
身高	_____公分	**體重**	_____公斤
BMI 【註二】	_____kg/m²	**本次服務使用卡序**	□IC5Q(醫療院所) □IC6Q(助產所)

三、產後健康照護服務結果（提供服務院所填寫）

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

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

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

【註三】本胎生產日期若為雙(多)胞胎，依最後一胎產出時間認定。

附表二之二十七

健康署第二次產後健康照護服務紀錄結果表

一、個人基本資料

姓名		**身分證字號**	
		統一證號/護照號碼（外籍人士）	
出生日期	年　月　日	**聯絡資訊**	電話：(　) 手機：
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣　市鄉　村　路　段　巷　號 市　區鎮　里　街　弄　樓		

本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。

二、產後健康照護服務資料（提供服務院所填寫）

服務院所名稱		服務院所 醫事機構代碼	
本胎生產日期	年　月　日		
服務日期 【註一】	年　月　日	**服務時之產後天數**	第　天
身高	_____公分	**體重**	_____公斤
BMI 【註二】	_____kg/m²	**本次服務使用卡序**	□IC5Q(醫療院所) □IC6Q(助產所)

三、產後健康照護服務結果（提供服務院所填寫）

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

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

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

【註三】本胎生產日期若為雙(多)胞胎，依最後一胎產出時間認定。

考量產後婦女可能未有健康或生活型態之問題，爰依婦產科醫學會建議於各項新增「無此問題」選項。

修正規定	現行規定	說明

附表二之二十八

第二次產後健康照護服務紀錄結果表
資料電子檔申報格式

第二次產後健康照護服務

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

附表二之二十八

第二次產後健康照護服務紀錄結果表
資料電子檔申報格式

第二次產後健康照護服務

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

一、增加序號17至21「無此問題」選項代碼。
二、序號24修改備註選項代碼。

修正規定	現行規定	說明
附表三之一　健康署執行女性子宮頸抹片檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格	附表三之一　健康署執行婦女子宮頸抹片檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格	統一修正用詞，由「婦女」修正為「女性」。

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
子宮頸抹片採樣	一、特約醫事服務機構如為醫療院所（含衛生所），應有完成執業登記之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師。 二、如衛生所執業登記醫師非屬婦產科專科醫師或家庭醫學科專科醫師，須完成健康署核可之子宮頸癌篩檢採樣訓練者，或一百十一年後經婦產科、婦癌及家庭醫學科相關專業醫學會完成子宮頸癌篩檢採樣訓練者，方得申請辦理。 三、如為助產所，應有登記執業之專任助產人員。 四、如為執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，得於社區巡迴服務時執行子宮頸抹片採樣。	一、特約醫事服務機構應有完成執業登記之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師，並由前述人員執行採檢。 二、在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科專科醫師或家庭醫學科專科醫師，須完成健康署核可之子宮頸癌篩檢採樣訓練者，或一百十一年後經婦產科、婦癌及家庭醫學科相關專業醫學會完成子宮頸癌篩檢採樣訓練者，並由前述人員執行採檢。 三、如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員，並由前述人員執行採檢。 四、社區巡迴服務時，執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，得執行子宮頸抹片採樣。
子宮頸細胞病理檢驗	申請辦理子宮頸細胞病理檢驗者，應通過健康署子宮頸細胞病理診斷單位資格審查。	執行人員資格詳見「預防保健服務之子宮頸細胞病理診斷單位資格審查原則」附件一、資格審查作業規定之資格審查表「人員資格」規定。

其他應配合事項：

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

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

三、子宮頸細胞病理診斷單位及檢驗人員之工作合理量規定如下：

(一)細胞檢驗技術人員

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

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
子宮頸抹片採樣	一、特約醫事服務機構如為醫療院所（含衛生所），應有完成執業登記之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師。 二、如衛生所執業登記醫師非屬婦產科專科醫師或家庭醫學科專科醫師，須完成健康署核可之子宮頸癌篩檢採樣訓練者，或一百十一年後經婦產科、婦癌及家庭醫學科相關專業醫學會完成子宮頸癌篩檢採樣訓練者，方得申請辦理。 三、如為助產所，應有登記執業之專任助產人員。 四、如為執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，得於社區巡迴服務時執行子宮頸抹片採樣。	一、特約醫事服務機構應有完成執業登記之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師，並由前述人員執行採檢。 二、在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科專科醫師或家庭醫學科專科醫師，須完成健康署核可之子宮頸癌篩檢採樣訓練者，或一百十一年後經婦產科、婦癌及家庭醫學科相關專業醫學會完成子宮頸癌篩檢採樣訓練者，並由前述人員執行採檢。 三、如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員，並由前述人員執行採檢。 四、社區巡迴服務時，執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，得執行子宮頸抹片採樣。
子宮頸細胞病理檢驗	申請辦理子宮頸細胞病理檢驗者，應通過健康署子宮頸細胞病理診斷單位資格審查。	執行人員資格詳見「預防保健服務之子宮頸細胞病理診斷單位資格審查原則」附件一、資格審查作業規定之資格審查表「人員資格」規定。

其他應配合事項：

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

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

三、子宮頸細胞病理診斷單位及檢驗人員之工作合理量規定如下：

(一)細胞檢驗技術人員

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

修正規定	現行規定	說明
不得超過其年檢驗量之上限。 (二)每名合格醫師每年負責之最大工作量為子宮頸細胞抹片檢驗個案數加上前一年度二倍之非婦科細胞抹片檢驗個案數，上限為五萬件；醫師如兼有組織切片診斷或門診工作者，其每年之工作量計算，以五萬件個案數扣除前述之前一年度二倍之非婦科細胞抹片，及扣除前一年度三倍之實際執行組織切片診斷量，為其一年之細胞學工作量上限。 (三)細胞診斷醫師（非負責醫師）至其他單位兼職者，其上述(二)所訂工作量不計入兼職機構之工作量。 (四)細胞病理診斷單位之子宮頸細胞抹片年檢驗總量之上限，以醫師或醫檢師總量上限較少者為準。 (五)子宮頸細胞病理診斷單位因人員異動導致當年度之子宮頸抹片工作量有超量之虞時，以下調節機制可擇一因應之： 1. 子宮頸抹片檢驗外送，以符合單位閱片合理量規定。 2. 當年度切片量調節減少，醫師應以五萬件扣除當年度三倍之切片量，即扣前一年度二倍之非婦科抹片量為基準，由各單位自行計算調節後之子宮頸抹片工作合理量。	(二)每名合格醫師每年負責之最大工作量為子宮頸細胞抹片檢驗個案數加上前一年度二倍之非婦科細胞抹片檢驗個案數，上限為五萬件；醫師如兼有組織切片診斷或門診工作者，其每年之工作量計算，以五萬件個案數扣除前述之前一年度二倍之非婦科細胞抹片，及扣除前一年度三倍之實際執行組織切片診斷量，為其一年之細胞學工作量上限。 (三)細胞診斷醫師（非負責醫師）至其他單位兼職者，其上述(二)所訂工作量不計入兼職機構之工作量。 (四)細胞病理診斷單位之子宮頸細胞抹片年檢驗總量之上限，以醫師或醫檢師總量上限較少者為準。 (五)子宮頸細胞病理診斷單位因人員異動導致當年度之子宮頸抹片工作量有超量之虞時，以下調節機制可擇一因應之： 1. 子宮頸抹片檢驗外送，以符合單位閱片合理量規定。 2. 當年度切片量調節減少，醫師應以五萬件扣除當年度三倍之切片量，即扣前一年度二倍之非婦科抹片量為基準，由各單位自行計算調節後之子宮頸抹片工作合理量。	

修正規定	現行規定	說明

附表三之二　健康署女性子宮頸抹片檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

（單位：新臺幣元）

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
31	IC31	二十五歲至二十九歲每三年一次、三十歲以上每年一次（醫療院所）	1.子宮頸抹片採樣 2.骨盆腔檢查	330
35	IC35	二十五歲至二十九歲每三年一次、三十歲以上每年一次（助產所）	子宮頸抹片採樣	240
38	IC38	二十五歲至二十九歲每三年一次、三十歲以上每年一次（社區巡迴服務篩檢，執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員）	子宮頸抹片採樣	240
37	IC37	二十五歲至二十九歲每三年一次、三十歲以上每年一次（衛生所執業，執業登記非屬婦產科專科或家庭醫學科專科之醫師）	子宮頸抹片採樣（未含骨盆腔檢查）	280
33	IC33	二十五歲至二十九歲每三年一次、三十歲以上每年一次	子宮頸細胞病理檢驗	300

備註：

一、 有關性別、年齡條件及篩檢間隔條件之檢核條件如下：

（一）性別為「女性」。

（二）年齡與間隔時間皆以「年份」做檢核條件：

1、年齡條件定義為「就醫年－出生年≧25」。

2、二十五歲至二十九歲篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年≧3」。

3、三十歲以上篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年≧1」。

二、 執行子宮頸細胞病理檢驗者，應為通過健康署子宮頸細胞病理診斷單位資格審查之醫事機構，健保卡無須註記及上傳至健保署系統。

三、 個案具有「雙子宮頸」，病歷查證屬實，符合篩檢間隔條件下，雙側子宮頸同日得各執行一次預防保健子宮頸抹片檢查服務，並分別申報費用。

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

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

六、 預防保健服務日係指抹片檢體取樣日期。

附表三之二　健康署婦女子宮頸抹片檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

（單位：新臺幣元）

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
31	IC31	二十五歲至二十九歲婦女每三年一次、三十歲以上婦女每年一次（醫療院所）	1.子宮頸抹片採樣 2.骨盆腔檢查	330
35	IC35	二十五歲至二十九歲婦女每三年一次、三十歲以上婦女每年一次（助產所）	子宮頸抹片採樣	240
38	IC38	二十五歲至二十九歲婦女每三年一次、三十歲以上婦女每年一次（社區巡迴服務篩檢，執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員）	子宮頸抹片採樣	240
37	IC37	二十五歲至二十九歲婦女每三年一次、三十歲以上婦女每年一次（衛生所執業，執業登記非屬婦產科或家庭醫學科專科之醫師）	子宮頸抹片採樣（未含骨盆腔檢查）	280
33	IC33	二十五歲至二十九歲婦女每三年一次、三十歲以上婦女每年一次	子宮頸細胞病理檢驗	300

備註：

一、 有關性別、年齡條件及篩檢間隔條件之檢核條件如下：

（一）性別為「女性」。

（二）年齡與間隔時間皆以「年份」做檢核條件：

1、年齡條件定義為「就醫年－出生年≧25」。

2、二十五歲至二十九歲篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年≧3」。

3、三十歲以上篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年≧1」。

二、 執行子宮頸細胞病理檢驗者，應為通過健康署子宮頸細胞病理診斷單位資格審查之醫事機構，健保卡無須註記及上傳至健保署系統。

三、 具有「雙子宮頸」之二十五歲以上婦女，病歷查證屬實，符合篩檢間隔條件下，雙側子宮頸同日得各執行一次預防保健子宮頸抹片檢查服務，並分別申報費用。

四、 符合婦女人類乳突病毒檢測服務對象資格者以一併執行為原則，具有「雙子宮頸」之婦女，接受人類乳突病毒檢測時，僅能採檢申報1筆人類乳突病毒檢測費用。

五、 預防保健服務日係指抹片檢體取樣日期。

一、酌修文字及統一修正用詞，由「婦女」修正為「女性」及「個案」。

二、新增備註第五點「難以判讀」給付說明內容，爰調整備註第六點。

修正規定	現行規定	說明
附表三之三　健康署女性子宮頸抹片檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存 類別：服務對象資格查核 內容： 一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健子宮頸抹片檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。 二、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄。 三、二十五歲至二十九歲女性每三年一次，年齡條件定義為「25≦就醫年－出生年≦29」，篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年≧3」。三十歲以上女性每年一次，年齡條件定義為「就醫年－出生年≧30」、篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年≧1」。 類別：表單填寫與保存 內容： 一、辦理子宮頸抹片檢查服務者，應透過子宮頸細胞病理檢驗單位，將「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表三之四）及「子宮頸（陰道）切片個案資料登記表」（如附表三之五）詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統。 二、雙子宮頸之雙側子宮頸應分別製作一份「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（附表三之四），並併同病歷保存，供健康署備查。	附表三之三　健康署婦女子宮頸抹片檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存 類別：服務對象資格查核 內容： 一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健子宮頸抹片檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。 二、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄。 三、二十五歲至二十九歲女性每三年一次，年齡條件定義為「25≦就醫年－出生年≦29」，篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年≧3」。三十歲以上女性每年一次，年齡條件定義為「就醫年－出生年≧30」、篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年≧1」。 類別：表單填寫與保存 內容： 一、辦理婦女子宮頸抹片檢查服務者，應透過子宮頸細胞病理檢驗單位，將「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表三之四）及「子宮頸（陰道）切片個案資料登記表」（如附表三之五）詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統。 二、雙子宮頸之雙側子宮頸應分別製作一份「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（附表三之四），並併同病歷保存，供健康署備查。	統一修正用詞，由「婦女」修正為「女性」。

修正規定	現行規定	說明
附表三之四　**健康署女性子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單** ＊抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢 ＊1.支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付 ③其他公務預算補助 ④其他 ⑥自費健康檢查 ＊難判重做? ①是 ②否 時程代碼：＿＿ ＿＿ 一、個人基本資料（檢查個案填寫） ＊2.姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＊3.出生日期：民國＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 ＊4.身分證統一編號或統一證號(外籍)： □□□□□□□□□□ ＊5.聯絡資訊 手機： 市話：（　　） ＊6.教育：①無；②小學；③國(初)中；④高中(職)；⑤專科、大學；⑥研究所以上；⑦拒答 ＊7.現居地址：(鄉鎮市區代碼：＿＿ ＿＿ ＿＿ ＿＿) 縣　鄉鎮　村　路 ＿＿市＿＿市區＿＿里＿＿(街)＿＿段 ＿＿巷＿＿弄＿＿號＿＿樓 二、個案臨床資料（檢查個案填寫） 8.最近一次抹片檢查時間？①1 年內 ②1 至 2 年內 ③2 至 3 年內 ④3 年以上 ⑤從未檢查過 9.已停經？（一年無月經）①是 ②否 ③不知道 10.最後一次月經日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日 11.現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道 ＊12.子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道 ＊13.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道 ＊14.是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95 年起有 HPV 疫苗) ①是，民國＿＿＿年 ②否 ③不知道 本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。 **本人同意接受檢查，確認以上資料正確無誤：** **＿＿＿＿＿＿（簽名）** 三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫） 15.病歷號:＿＿＿＿＿＿＿＿＊雙子宮頸? ①是 ②否 ＊16.抹片檢體取樣日期：民國＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 ＊17.抹片檢體取樣機構：名稱 ＿＿＿＿＿＿＿＿ （代碼 10 碼）＿＿＿＿＿＿＿＿ ＊18.抹片檢體取樣醫事人員簽名（或蓋章）: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 抹片檢體取樣人員身分別： ①婦產科醫師 ②家醫科專科醫師 ③助產人員 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師（非屬①②） ＊19.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務? ①否 ②是 ＊20.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他 21.臨床所見（含骨盆腔檢查結果）:＿＿＿＿＿＿ 本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」 三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫） ＊22.抹片細胞病理編號：＿＿＿＿＿＿＿＿ ＊23.抹片判讀機構：名稱＿＿＿＿＿＿＿＿ （代碼 10 碼）＿＿＿＿＿＿＿＿ ＊24.抹片收到日期：民國＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 ＊25.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本 四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫） ＊26.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工＋機械 ＊27.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀 ＊28.抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個） ①抹片固定或保存不良②細胞太少 ③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份 ⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑） ⑦過多細胞溶解或自溶⑧其他＿＿＿＿＿＿ ＊29.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas ③Herpes ⑦Shift in flora（bacterial vaginosis）⑧Actinomyces ⑥Others＿＿＿＿＿＿ ＊30.細胞病理診斷（只可單選）:＿＿＿＿＿＿ NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY Within normal limit ---------- ① Reactive changes：Inflammation, repair, radiation, and others ---------- ② Atrophy with inflammation ---------- ③ ATYPICAL SQUAMOUS CELLS Atypical squamous cells（ASC-US） ---------- ④ Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ---------- ⑯ LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION Mild dysplasia（CIN1）with koilocytes ---------- ⑥ Mild dysplasia（CIN1）without koilocytes ---------- ⑦ HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION Moderate dysplasia（CIN2） ---------- ⑧ Severe dysplasia（CIN3） ---------- ⑨ Carcinoma in situ（CIN3） ---------- ⑩ SQUAMOUS CELL CARCINOMA ---------- ⑪ ATYPICAL GLANDULAR CELLS Atypical glandular cells ---------- ⑤ Atypical glandular cells favor neoplasm ---------- ⑮ ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ---------- ⑱ ADENOCARCINOMA ---------- ⑫ OTHER MALIGNANT NEOPLASM ---------- ⑬ OTHER ---------- ⑭ Dysplasia *cannot exclude* HSIL ---------- ⑰ 31.子宮內膜細胞出現於 40 歲以上個案 ①是 ②否 32.建議： ①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查 ②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查 ③抹片結果異常，請再做進一步檢查 ④其他建議＿＿＿＿＿＿＿＿ ＊檢驗者（請簽名及填寫代碼） Cytotechnologist ＿＿＿＿□□ Cytopathologist ＿＿＿＿□□ ＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿（＿＿月＿＿日）＊ ＊為必填之項目 ＊請輸入確診日期（116 年 1 月修訂）	附表三之四　**健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單** ＊國籍：①本國 ②外籍人士 ＊抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢 ＊1.支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付 ③其他公務預算補助 ④其他 ⑥自費健康檢查 ＊難判重做? ①是 ②否 時程代碼：＿＿ ＿＿ 一、個人基本資料（檢查婦女填寫） ＊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 至 2 年內 ③2 至 3 年內 ④3 年以上 ⑤從未檢查過 10.已停經？（一年無月經）①是 ②否 ③不知道 11.最後一次月經日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日 12.現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道 ＊13.子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道 ＊14.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道 ＊15.是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95 年起有 HPV 疫苗) ①是，民國＿＿＿年 ②否 ③不知道 本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。 **本人同意接受檢查，確認以上資料正確無誤：** **＿＿＿＿＿＿（簽名）** 三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫） 16.病歷號:＿＿＿＿＿＿＿＿＊雙子宮頸? ①是 ②否 ＊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.抹片檢體取樣醫事人員簽名（或蓋章）: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 抹片檢體取樣人員身分別： ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產人員 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師（非屬①②） ＊20.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務? ①否 ②是 ＊21.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他 22.臨床所見（含骨盆腔檢查結果）:＿＿＿＿＿＿ 本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」 三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫） ＊23.抹片細胞病理編號：＿＿＿＿＿＿＿＿ ＊24.抹片判讀機構：名稱＿＿＿＿＿＿＿＿ （代碼 10 碼）＿＿＿＿＿＿＿＿ ＊25.抹片收到日期：民國＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 ＊26.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本 四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫） ＊27.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工＋機械 ＊28.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀 ＊29.抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個） ①抹片固定或保存不良②細胞太少 ③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份 ⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑） ⑦過多細胞溶解或自溶⑧其他＿＿＿＿＿＿ ＊30.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas ③Herpes ⑦Shift in flora（bacterial vaginosis）⑧Actinomyces ⑥Others＿＿＿＿＿＿ ＊31.細胞病理診斷（只可單選）:＿＿＿＿＿＿ NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY Within normal limit ---------- ① Reactive changes：Inflammation, repair, radiation, and others ---------- ② Atrophy with inflammation ---------- ③ ATYPICAL SQUAMOUS CELLS Atypical squamous cells（ASC-US） ---------- ④ Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ---------- ⑯ LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION Mild dysplasia（CIN1）with koilocytes ---------- ⑥ Mild dysplasia（CIN1）without koilocytes ---------- ⑦ HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION Moderate dysplasia（CIN2） ---------- ⑧ Severe dysplasia（CIN3） ---------- ⑨ Carcinoma in situ（CIN3） ---------- ⑩ SQUAMOUS CELL CARCINOMA ---------- ⑪ ATYPICAL GLANDULAR CELLS Atypical glandular cells ---------- ⑤ Atypical glandular cells favor neoplasm ---------- ⑮ ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ---------- ⑱ ADENOCARCINOMA ---------- ⑫ OTHER MALIGNANT NEOPLASM ---------- ⑬ OTHER ---------- ⑭ Dysplasia *cannot exclude* HSIL ---------- ⑰ 32.子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否 33.建議： ①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查 ②治療發炎，並於二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（115 年 1 月修訂）	一、統一修正用詞，由「婦女」修正為「女性」及「個案」。 二、配合表單基本資料欄位一致性，調整及酌作文字修正及修訂年份。

修正規定	現行規定	說明
附表三之四　健康署女性子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單 ＊抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢 ＊1.支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付 ③其他公務預算補助 ④其他 ⑥自費健康檢查 ＊難判重做? ①是 ②否 時程代碼：＿＿ ＿＿ 一、個人基本資料（檢查個案填寫） ＊2.姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿ ＊3.出生日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日 ＊4.身分證統一編號或統一證號(外籍)： □□□□□□□□□□ ＊5. 聯絡資訊 手機： 市話：(　　) ＊6.教育：①無；②小學；③國(初)中；④高中（職）；⑤專科、大學；⑥研究所以上；⑦拒答 ＊7.現居地址：(鄉鎮市區代碼：＿＿ ＿＿ ＿＿ ＿＿) 縣　鄉鎮　村　路 ＿＿市＿＿市區＿＿里＿＿(街)＿＿段 ＿＿巷＿＿弄＿＿號＿＿樓 二、個案臨床資料（檢查個案填寫） 8.最近一次抹片檢查時間？①1 年內 ②1 至 2 年內 ③2 至 3 年內 ④3 年以上 ⑤從未檢查過 9.已停經？（一年無月經）①是 ②否 ③不知道 10.最後一次月經日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日 11.現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道 ＊12.子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道 ＊13.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道 ＊14.是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95 年起有 HPV 疫苗) ①是，民國＿＿＿年 ②否 ③不知道 本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用， **本人同意接受檢查，確認以上資料正確無誤：＿＿＿＿＿＿（簽名）** 三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫） 15.病歷號:＿＿＿＿＿＿＿＊雙子宮頸? ①是 ②否 ＊16.抹片檢體取樣日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日 ＊17.抹片檢體取樣機構：名稱 ＿＿＿＿＿＿＿＿ （代碼 10 碼）＿＿＿＿＿＿＿＿ ＊18.抹片檢體取樣醫事人員簽名〔或蓋章〕: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 抹片檢體取樣人員身分別： ①婦產科醫師 ②家醫科專科醫師 ③助產人員 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師（非屬①②） ＊19.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務? ①否 ②是 ＊20.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他 21.臨床所見（含骨盆腔檢查結果）:＿＿＿＿＿＿ 本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」	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液態標本 四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫） ＊26.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工＋機械 ＊27.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀 ＊28.抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個） ①抹片固定或保存不良 ②細胞太少 ③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份 ⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑） ⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他＿＿＿＿ ＊29.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas ③Herpes ⑦Shift in flora（bacterial vaginosis） ⑧Actinomyces ⑥Others＿＿＿＿ ＊30.細胞病理診斷（只可單選）：＿＿＿＿ NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY Within normal limit ① Reactive changes：Inflammation, repair, radiation, and others ② Atrophy with inflammation ③ ATYPICAL SQUAMOUS CELLS Atypical squamous cells（ASC-US） ④ Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ⑯ LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION Mild dysplasia（CIN1）with koilocytes ⑥ Mild dysplasia（CIN1）without koilocytes ⑦ HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION Moderate dysplasia（CIN2） ⑧ Severe dysplasia（CIN3） ⑨ Carcinoma in situ（CIN3） ⑩ SQUAMOUS CELL CARCINOMA ⑪ ATYPICAL GLANDULAR CELLS Atypical glandular cells ⑤ Atypical glandular cells favor neoplasm ⑮ ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ⑱ ADENOCARCINOMA ⑫ OTHER MALIGNANT NEOPLASM ⑬ OTHER ⑭ Dysplasia *cannot exclude* HSIL ⑰ 31.子宮內膜細胞出現於 40 歲以上個案 ①是 ②否 32.建議： ①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查 ②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查 ③抹片結果異常，請再做進一步檢查 ④其他建議＿＿＿＿＿＿＿＿ ＊檢驗者〔請簽名及填寫代碼〕 Cytotechnologist ＿＿＿＿□□ Cytopathologist ＿＿＿＿□□ ＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿（＿＿月＿＿日）＊請輸入確診日期 ＊為必填之項目 （116 年 1 月修訂）	附表三之四　健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單 本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」 ＊國籍：①本國 ②外籍人士 ＊抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢 ＊1.支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付 ③其他公務預算補助 ④其他 ⑥自費健康檢查 ＊難判重做? ①是 ②否 時程代碼：＿＿ ＿＿ 一、個人基本資料（檢查婦女填寫） ＊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 至 2 年內 ③2 至 3 年內 ④3 年以上 ⑤從未檢查過 10.已停經？（一年無月經）①是 ②否 ③不知道 11.最後一次月經日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日 12.現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道 ＊13.子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道 ＊14.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道 ＊15.是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95 年起有 HPV 疫苗) ①是，民國＿＿＿年 ②否 ③不知道 本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用， **本人同意接受檢查，確認以上資料正確無誤：＿＿＿＿＿＿（簽名）** 三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫） 16.病歷號:＿＿＿＿＿＿＿＊雙子宮頸? ①是 ②否 ＊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.抹片檢體取樣醫事人員簽名（或蓋章）: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 抹片檢體取樣人員身分別： ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產人員 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師（非屬①②） ＊20.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務? ①否 ②是 ＊21.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他 22.臨床所見（含骨盆腔檢查結果）:＿＿＿＿＿＿ 三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫） ＊23.抹片細胞病理編號：＿＿＿＿＿＿＿＿ ＊24.抹片判讀機構：名稱＿＿＿＿＿＿＿＿ （代碼 10 碼）＿＿＿＿＿＿＿＿ ＊25.抹片收到日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日 ＊26.檢體種類：①常規抹片 ②液態標本 四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫） ＊27.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工＋機械 ＊28.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀 ＊29.抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個） ①抹片固定或保存不良 ②細胞太少 ③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份 ⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑） ⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他＿＿＿＿ ＊30.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas ③Herpes ⑦Shift in flora（bacterial vaginosis） ⑧Actinomyces ⑥Others＿＿＿＿ ＊31.細胞病理診斷（只可單選）：＿＿＿＿ NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY Within normal limit ① Reactive changes：Inflammation, repair, radiation, and others ② Atrophy with inflammation ③ ATYPICAL SQUAMOUS CELLS Atypical squamous cells（ASC-US） ④ Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ⑯ LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION Mild dysplasia（CIN1）with koilocytes ⑥ Mild dysplasia（CIN1）without koilocytes ⑦ HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION Moderate dysplasia（CIN2） ⑧ Severe dysplasia（CIN3） ⑨ Carcinoma in situ（CIN3） ⑩ SQUAMOUS CELL CARCINOMA ⑪ ATYPICAL GLANDULAR CELLS Atypical glandular cells ⑤ Atypical glandular cells favor neoplasm ⑮ ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ⑱ ADENOCARCINOMA ⑫ OTHER MALIGNANT NEOPLASM ⑬ OTHER ⑭ Dysplasia *cannot exclude* HSIL ⑰ 32.子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否 33.建議： ①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查 ②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查 ③抹片結果異常，請再做進一步檢查 ④其他建議＿＿＿＿＿＿＿＿ ＊檢驗者（請簽名及填寫代碼） Cytotechnologist ＿＿＿＿□□ Cytopathologist ＿＿＿＿□□ ＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿（＿＿月＿＿日）＊請輸入確診日期 ＊為必填之項目 （115 年 1 月修訂）	一、統一修正用詞，由「婦女」修正為「女性」及「個案」。 二、配合表單基本資料欄位一致性，調整及酌作文字修正及修訂年份。

修正規定	現行規定	說明

修正規定

附表三之四

健康署女性子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

第三聯：病理醫療機構回報衛生所聯

＊抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
＊1.支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付 ③其他公務預算補助 ④其他 ⑥自費健康檢查
＊難判重做? ①是 ②否
時程代碼：___ ___
一、個人基本資料（檢查個案填寫）
＊2.姓名：_____
＊3.出生日期：民國_____年_____月_____日
＊4.身分證統一編號或統一證號(外籍)：
□□□□□□□□□□
＊5.聯絡資訊
手機：
市話：(　　)
＊6.教育：①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中（職） ⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
＊7.現居地址：(鄉鎮市區代碼：__ __ __ __)
縣　鄉鎮　村　路
_____市_____市區_____里_____(街)_____段
_____巷_____弄_____號_____樓

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

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

本人同意接受檢查，確認以上資料正確無誤：
_____（簽名）

三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫）
15.病歷號:_____＊雙子宮頸? ①是 ②否
＊16.抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日
＊17.抹片檢體取樣機構：名稱 _____
（代碼10碼）_____
＊18.抹片檢體取樣醫事人員簽名（或蓋章）：
_____
抹片檢體取樣人員身分別：
①婦產科醫師 ②家醫科專科醫師 ③助產人員 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師（非屬①②）
＊19.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務? ①否 ②是
＊20.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他
21.臨床所見（含骨盆腔檢查結果）：_____

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）
＊22.抹片細胞病理編號：_____
＊23.抹片判讀機構：名稱_____
（代碼10碼）_____
＊24.抹片收到日期：民國_____年_____月_____日
＊25.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）
＊26.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工＋機械
＊27.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
＊28.抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個）
①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑）
⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他_____
＊29.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas ③Herpes ⑦Shift in flora（bacterial vaginosis） ⑧Actinomyces ⑥Others_____
＊30.細胞病理診斷（只可單選）：_____
NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY
Within normal limit ①
Reactive changes：Inflammation, repair, radiation, and others ②
Atrophy with inflammation ③
ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
Atypical squamous cells（ASC-US） ④
Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ⑯
LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Mild dysplasia（CIN1）with koilocytes ⑥
Mild dysplasia（CIN1）without koilocytes ⑦
HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Moderate dysplasia（CIN2） ⑧
Severe dysplasia（CIN3） ⑨
Carcinoma in situ（CIN3） ⑩
SQUAMOUS CELL CARCINOMA ⑪
ATYPICAL GLANDULAR CELLS
Atypical glandular cells ⑤
Atypical glandular cells favor neoplasm ⑮
ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ⑱
ADENOCARCINOMA ⑫
OTHER MALIGNANT NEOPLASM ⑬
OTHER ⑭
Dysplasia *cannot exclude* HSIL ⑰
31.子宮內膜細胞出現於40歲以上個案 ①是 ②否
32.建議：
①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
③抹片結果異常，請再做進一步檢查
④其他建議_____

＊檢驗者（請簽名及填寫代碼）
Cytotechnologist □□ Cytopathologist □□
_____ _____（___月___日）＊
＊為必填之項目 ＊請輸入確診日期
(116年1月修訂)

現行規定

附表三之四

健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

第三聯：病理醫療機構回報衛生所聯

＊國籍：①本國 ②外籍人士
＊抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
＊1.支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付 ③其他公務預算補助 ④其他 ⑥自費健康檢查
＊難判重做? ①是 ②否
時程代碼：___ ___
一、個人基本資料（檢查婦女填寫）
＊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至2年內 ③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
10.已停經？（一年無月經）①是 ②否 ③不知道
11.最後一次月經日期：民國___年___月___日
12.現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道
＊13.子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道
＊14.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道
＊15.是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有HPV疫苗) ①是，民國_____年 ②否 ③不知道

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

本人同意接受檢查，確認以上資料正確無誤：
_____（簽名）

三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫）
16.病歷號:_____＊雙子宮頸? ①是 ②否
＊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.抹片檢體取樣醫事人員簽名（或蓋章）：
_____
採片檢體取樣人員身分別：
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產人員 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師（非屬①②）
＊20.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務? ①否 ②是
＊21.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他
22.臨床所見（含骨盆腔檢查結果）：_____

三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）
＊23.抹片細胞病理編號：_____
＊24.抹片判讀機構：名稱_____
（代碼10碼）_____
＊25.抹片收到日期：民國_____年_____月_____日
＊26.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）
＊27.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工＋機械
＊28.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
＊29.抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個）
①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑）
⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他_____
＊30.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas ③Herpes ⑦Shift in flora（bacterial vaginosis） ⑧Actinomyces ⑥Others_____
＊31.細胞病理診斷（只可單選）：_____
NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY
Within normal limit ①
Reactive changes：Inflammation, repair, radiation, and others ②
Atrophy with inflammation ③
ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
Atypical squamous cells（ASC-US） ④
Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ⑯
LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Mild dysplasia（CIN1）with koilocytes ⑥
Mild dysplasia（CIN1）without koilocytes ⑦
HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
Moderate dysplasia（CIN2） ⑧
Severe dysplasia（CIN3） ⑨
Carcinoma in situ（CIN3） ⑩
SQUAMOUS CELL CARCINOMA ⑪
ATYPICAL GLANDULAR CELLS
Atypical glandular cells ⑤
Atypical glandular cells favor neoplasm ⑮
ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ⑱
ADENOCARCINOMA ⑫
OTHER MALIGNANT NEOPLASM ⑬
OTHER ⑭
Dysplasia *cannot exclude* HSIL ⑰
32.子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是 ②否
33.建議：
①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
③抹片結果異常，請再做進一步檢查
④其他建議_____

＊檢驗者（請簽名及填寫代碼）
Cytotechnologist □□ Cytopathologist □□
_____ _____（___月___日）＊
＊為必填之項目 ＊請輸入確診日期
(115年1月修訂)

說明

一、統一修正用詞，由「婦女」修正為「女性」及「個案」。
二、配合表單基本資料欄位一致性，調整及酌作文字修正及修訂年份。

修正規定	現行規定	說明

附表三之五　　（116年1月修訂）

健康署子宮頸（陰道）切片個案資料登記表

一、個人基本資料

1. 個案姓名：_____
2. 出生日期：民國_____年_____月_____日
3. 身分證統一編號或統一證號(外籍)：□□□□□□□□□□

二、個案臨床資料

4. 切片病理編號：_____
5. 切片採檢機構：_____
6. 切片判讀機構：_____
7. 切片日期：民國_____年_____月_____日
8. 切片報告日期：民國_____年_____月_____日
9. 病歷號：_____
10. 病理組織部位：(同筆切片可分子宮內頸及外頸：填 04、05)　□□ 組織部位 1　□□ 組織部位 2
    - 01 子宮頸　04 子宮內頸　05 子宮外頸
    - 02 陰道（備註：子宮頸全切除者申報陰道切片）
    - 03 子宮內膜
11. 手術方式：　□□ 手術方式 1　□□ 手術方式 2
    - 01 全切除，例如：ATH, VTH, LAVH, radical hysterectomy, trachelectomy, vaginectomy 或其他方式
    - 02 圓錐切片，例如：leep, conization, wedge resection 或其他方式
    - 03 小切片，例如：punch, polypectomy, biopsy 或其他方式
    - 04 子宮頸管搔刮術（Endocervical curettage,ECC）
    - 05 子宮內膜搔刮術（Dilatation and curettage, D&C）

    說明：部位為子宮頸，手術方式可選填 01、02、03、04
    部位為子宮內頸，手術方式可選填 01、02、03、04
    部位為子宮外頸，手術方式可選填 01、02、03
    部位為內膜，手術方式可選填 01、03、05
    部位為陰道，手術方式可選填 01、03
12. 子宮頸（陰道）病理組織切片結果（或診斷病名）：　□□ 切片結果 1　□□ 切片結果 2
    - 00 Unremarkable cervical epithelium（no pathological change, no pathological diagnosis）
    - 01 Benign epithelial lesion（Benign tumor, Inflammatory & reactive changes, myoma）
    - 02 Mild dysplasia（Flat condyloma; CIN1; LSIL; VaIN1）
    - 03 Moderate dysplasia（CIN2; HSIL; VaIN2）
    - 04 Severe dysplasia（Carcinoma in situ; CIN3, HSIL, VaIN3）
    - 05 Squamous cell carcinoma
    - 06 Atypical glandular hyperplasia and dysplasia
    - 07 Adenocarcinoma in situ
    - 08 Adenocarcinoma
    - 09 Adenosquamous carcinoma
    - 10 Carcinoma（NOS, or other specific type）
    - 11 Mesenchymal tumor, benign
    - 12 Mesenchymal tumor, malignant
    - 14 Squamous cell atypia / ASCUS
    - 15 Dysplasia, Severity can not be determinated
    - 88 Inadequate specimen
    - 99 Others：_____

    Others1 _____　Others2 _____

附表三之五　　（114年1月修訂）

健康署子宮頸（陰道）切片個案資料登記表

1. 個案姓名：_____
2. 出生日期：民國_____年_____月_____日
3. 身分證統一編號或統一證號(外籍)：□□□□□□□□□□
4. 切片病理編號：_____
5. 切片採檢機構：_____
6. 切片判讀機構：_____
7. 切片日期：民國_____年_____月_____日
8. 切片報告日期：民國_____年_____月_____日
9. 病歷號：_____
10. 國籍別：□ 1 本國人士　□ 2 外籍人士
11. 病理組織部位：(同筆切片可分子宮內頸及外頸：填 04、05)　□□ 組織部位 1　□□ 組織部位 2
    - 01 子宮頸　04 子宮內頸　05 子宮外頸
    - 02 陰道（備註：子宮頸全切除者申報陰道切片）
    - 03 子宮內膜
12. 手術方式：　□□ 手術方式 1　□□ 手術方式 2
    - 01 全切除，例如：ATH, VTH, LAVH, radical hysterectomy, trachelectomy, vaginectomy 或其他方式
    - 02 圓錐切片，例如：leep, conization, wedge resection 或其他方式
    - 03 小切片，例如：punch, polypectomy, biopsy 或其他方式
    - 04 子宮頸管搔刮術（Endocervical curettage,ECC）
    - 05 子宮內膜搔刮術（Dilatation and curettage, D&C）

    說明：部位為子宮頸，手術方式可選填 01、02、03、04
    部位為子宮內頸，手術方式可選填 01、02、03、04
    部位為子宮外頸，手術方式可選填 01、02、03
    部位為內膜，手術方式可選填 01、03、05
    部位為陰道，手術方式可選填 01、03
13. 子宮頸（陰道）病理組織切片結果（或診斷病名）：　□□ 切片結果 1　□□ 切片結果 2
    - 00 Unremarkable cervical epithelium（no pathological change, no pathological diagnosis）
    - 01 Benign epithelial lesion（Benign tumor, Inflammatory & reactive changes, myoma）
    - 02 Mild dysplasia（Flat condyloma; CIN1; LSIL; VaIN1）
    - 03 Moderate dysplasia（CIN2; HSIL; VaIN2）
    - 04 Severe dysplasia（Carcinoma in situ; CIN3, HSIL, VaIN3）
    - 05 Squamous cell carcinoma
    - 06 Atypical glandular hyperplasia and dysplasia
    - 07 Adenocarcinoma in situ
    - 08 Adenocarcinoma
    - 09 Adenosquamous carcinoma
    - 10 Carcinoma（NOS, or other specific type）
    - 11 Mesenchymal tumor, benign
    - 12 Mesenchymal tumor, malignant
    - 14 Squamous cell atypia / ASCUS
    - 15 Dysplasia, Severity can not be determinated
    - 88 Inadequate specimen
    - 99 Others：_____

    Others1 _____　Others2 _____

配合表單基本資料欄位一致性，調整及酌作文字修正及修訂年份。

修正規定	現行規定	說明
附表四之一　健康署執行女性乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格 服務項目：女性乳房 X 光攝影檢查服務 特約醫事服務機構資格： 一、申請辦理乳房 X 光攝影檢查服務者，應為通過健康署資格審查之乳房X光攝影醫療機構。 二、經健康署認可辦理預防保健乳房 X 光攝影檢查服務之醫事機構名單，將公告於健康署網站。 三、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之醫事機構，應配合健康署辦理後續審查。 執行人員資格： 一、通過健康署乳房 X 光攝影醫療機構者，其辦理乳房 X 光攝影檢查服務人員所檢附資料文件，亦應通過健康署資格審查後始得辦理。 二、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之人員，應配合健康署辦理後續審查。 其他應配合事項： 一、特約醫事服務機構申請乳房 X 光攝影檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意後始得執行，並依據健康署之「以乳房 X 光攝影篩檢巡迴車執行乳房 X 光攝影巡迴篩檢標準作業程序」辦理相關事項。 二、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理。 三、特約辦理乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構，其年工作合理量之計算為該機構所有放射師（士）之在職天數（含例假日）/365 天*6,000 案之總和。	附表四之一　健康署執行婦女乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格 服務項目：婦女乳房 X 光攝影檢查服務 特約醫事服務機構資格： 一、申請辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務者，應為通過健康署資格審查之乳房 X 光攝影醫療機構。 二、經本部認可辦理預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查服務之醫事機構名單，將公告於健康署網站。 三、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之醫事機構，應配合健康署辦理後續審查。 執行人員資格： 一、通過健康署乳房 X 光攝影醫療機構者，其辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務人員所檢附資料文件，亦應通過健康署資格審查後始得辦理。 二、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之人員，應配合健康署辦理後續審查。 其他應配合事項： 一、特約醫事服務機構申請婦女乳房 X 光攝影檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意後始得執行，並依據健康署之「以乳房 X 光攝影篩檢巡迴車執行婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢標準作業程序」辦理相關事項。 二、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理。 三、特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構，其年工作合理量之計算為該機構所有放射師（士）之在職天數（含例假日）/365 天*6,000 案之總和。	一、統一修正用詞，由「婦女」修正為「女性」 二、「本部」修改為「健康署」。

修正規定	現行規定	說明

修正規定

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

（單位：新臺幣元）

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
91	IC91	四十歲以上至七十四歲者，每二年一次。	乳房 X 光攝影	1,245

備註：

一、有關性別、篩檢間隔及年齡條件之檢核條件如下：

（一）性別為「女性」。

（二）篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年－前次就醫年≧2」。

（三）補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為：「40≦就醫年－出生年≦75」；

二、加強篩檢疑似異常個案追蹤：

特約辦理乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構，其篩檢疑似異常個案追蹤完成率未達標準者，本部得依下表規定核減所檢核年度之篩檢費用：

（一）計算方式

二個月內篩檢疑似異常個案追蹤完成率	所檢核年度之總補助篩檢金額
70% ≦追蹤完成率＜ 75%	- 5%
65% ≦追蹤完成率＜ 70%	- 10%
60% ≦追蹤完成率＜ 65%	- 15%
追蹤完成率＜ 60%	- 20%

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

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

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

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

（六）如特約醫事服務機構同時有院內攝影儀器及乳攝車，分開計算院內非乳攝車及乳攝車之篩檢疑似異常個案追蹤完成率。

三、預防保健服務日係指攝影日期。

現行規定

附表四之二　健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

（單位：新臺幣元）

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
91	IC91	四十歲以上至七十四歲之婦女，每二年一次。	乳房 X 光攝影	1,245

備註：

一、有關性別、篩檢間隔及年齡條件之檢核條件如下：

（一）性別為「女性」。

（二）篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年－前次就醫年≧2」。

（三）補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為：「40≦就醫年－出生年≦75」；

二、加強篩檢疑似異常個案追蹤：

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

（一）計算方式

二個月內篩檢疑似異常個案追蹤完成率	所檢核年度之總補助篩檢金額
70% ≦追蹤完成率＜ 75%	- 5%
65% ≦追蹤完成率＜ 70%	- 10%
60% ≦追蹤完成率＜ 65%	- 15%
追蹤完成率＜ 60%	- 20%

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

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

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

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

（六）如特約醫事服務機構同時有院內攝影儀器及乳攝車，分開計算院內非乳攝車及乳攝車之篩檢疑似異常個案追蹤完成率。

三、預防保健服務日係指攝影日期。

說明

酌修文字及統一修正用詞，由「婦女」修正為「女性」。

<table>
<tr>
<th>修正規定</th>
<th>現行規定</th>
<th>說明</th>
</tr>
<tr>
<td>
附表四之三　健康署女性乳房 X 光攝影檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存
<table>
<tr><th>類別</th><th>內容</th></tr>
<tr><td>服務對象資格查核</td><td>一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健乳房 X 光攝影檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。
二、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄並依序申報。
三、特約醫事服務機構如於社區辦理乳房 X 光攝影巡迴篩檢服務，應於提供服務前，由乳房 X 光攝影放射師確實評估民眾是否適合當場接受檢查，及填具健康署乳房 X 光攝影巡迴篩檢評估表（如附表四之七），並留存於病歷中備查。</td></tr>
<tr><td>表單填寫與保存</td><td>辦理乳房 X 光攝影檢查服務者，應將「健康署女性乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表四之四）、「健康署女性乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表」（如附表四之五）、「健康署女性乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表」（如附表四之六）詳實記載，並登錄上傳至健康署指定之系統。另執行本注意事項之大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務有需求者，「健康署女性乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表」（如附表四之六）之追蹤結果則由負責複檢之醫療院所、負責確診或治療之醫療院所上傳至健康署指定之系統。</td></tr>
</table>
</td>
<td>
附表四之三　健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存
<table>
<tr><th>類別</th><th>內容</th></tr>
<tr><td>服務對象資格查核</td><td>一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。
二、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄並依序申報。
三、特約醫事服務機構如於社區辦理婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢服務，應於提供服務前，由乳房 X 光攝影放射師確實評估民眾是否適合當場接受檢查，及填具健康署婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢評估表（如附表四之七），並留存於病歷中備查。</td></tr>
<tr><td>表單填寫與保存</td><td>辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務者，應將「健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表四之四）、「健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表」（如附表四之五）、「健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表」（如附表四之六）詳實記載，並登錄上傳至健康署指定之系統。另執行本注意事項之大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務有需求者，「健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表」（如附表四之六）之追蹤結果則由負責複檢之醫療院所、負責確診或治療之醫療院所上傳至健康署指定之系統。</td></tr>
</table>
</td>
<td>統一修正用詞，由「婦女」修正為「女性」。</td>
</tr>
</table>

修正規定	現行規定	說明

附表四之四　　本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

健康署女性乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單

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

乳房攝影車篩檢：
□否（儀器登設字＿＿＿＿；所屬單位院所名稱＿＿＿＿；機構代碼＿＿＿＿）；
□是（儀器登設字＿＿＿＿；所屬單位院所名稱＿＿＿＿；機構代碼＿＿＿＿；車號＿＿＿＿）。

病歷號：

個人基本資料（檢查個案填寫）

姓名		身分證統一編號或統一證號（外籍）	
出生日期	民國　　年　　月　　日	聯絡資訊	手機： 市話：（　）
現居地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣　市鄉　村　路　段　巷　號 市　區鎮　里　街　弄　樓		
教育	□無；□小學；□國（初）中；□高中(職)；□專科、大學；□研究所以上；□拒答。		
其它資訊	身高：　公分；體重：　公斤。		

個案臨床資料（檢查個案填寫）

疾病史	有無得過下列疾病？ □有，疾病為：□乳房良性相關疾病；□乳癌；□其他癌症：　； □無。
家族史	與您有血緣的家屬中，有無人得過乳癌？ □有，請填下方表格： 血緣關係｜母親｜姊妹｜女兒｜祖母｜外祖母 罹患乳癌人數｜｜｜｜｜｜ 確診時年齡（同類型血緣關係填列確診年齡之最小值）｜｜｜｜｜｜ □無。
月經史	初經年齡＿＿＿＿歲（實歲）；□其他，無法填寫初經年齡原因：＿＿＿＿ 是否已停經？□是，停經年齡　　歲（實歲）； 停經原因：□自然停經；□子宮切除；□卵巢切除； □其他＿＿＿＿。 □否。
生育史	生產次數　　次； 有無哺餵母乳（至少某胎哺餵母乳一個月以上）：□有，□無； 第一胎生產實足年齡　　歲。
用藥史	是否服用荷爾蒙補充劑？□是，　　歲開始，服用　　年；□否。 是否服用口服避孕藥？　□是，　　歲開始，服用　　年；□否。
是否有感覺到異常腫塊？	□ 有摸到硬塊或疼痛、壓痛，請在右圖相關位置標示「X」； □ 沒有症狀； □ 未做過乳房自我檢查。 
其他	最近二年內是否曾做過下列檢查（可複選）？ □醫護人員觸診；□乳房攝影 X 光檢查；□乳房超音波檢查；□以上皆未做過。 是否曾接受過乳房手術？□是；(□ 左側，□右側)；□否。

1. 本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、或政策評估等目的使用。受檢者同意受檢及資料利用。

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

*確認以上資料正確無誤：＿＿＿＿＿＿（簽名）

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

受檢個案簽名：＿＿＿＿＿＿

附表四之四　　本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單

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

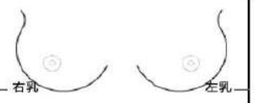
乳房攝影車篩檢：
□否〔儀器登設字＿＿＿＿；所屬單位院所名稱＿＿＿＿；機構代碼＿＿＿＿）；
□是〔儀器登設字＿＿＿＿；所屬單位院所名稱＿＿＿＿；機構代碼＿＿＿＿；車號＿＿＿＿〕。

病歷號：

個人基本資料（檢查婦女填寫）

姓名		身分證統一編號 統一證號（外籍）	
出生日期	民國　　年　　月　　日	聯絡資訊	電話：（　） 手機：
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣　市鄉　村　路　段　巷　號 市　區鎮　里　街　弄　樓		
教育	□無；□小學；□國（初）中；□高中/高職；□專科、大學；□研究所以上；□拒答。		
其它資訊	身高：　公分；體重：　公斤。		

個案臨床資料（檢查婦女填寫）

疾病史	有無得過下列疾病？ □有，疾病為：□乳房良性相關疾病；□乳癌；□其他癌症：　； □無。
家族史	與您有血緣的家屬中，有無人得過乳癌？ □有，請填下方表格： 血緣關係｜母親｜姊妹｜女兒｜祖母｜外祖母 罹患乳癌人數｜｜｜｜｜｜ 確診時年齡（同類型血緣關係填列確診年齡之最小值）｜｜｜｜｜｜ □無。
月經史	初經年齡＿＿＿＿歲〔實歲〕；□其他，無法填寫初經年齡原因：＿＿＿＿ 是否已停經？□是，停經年齡　　歲〔實歲〕； 停經原因：□自然停經；□子宮切除；□卵巢切除； □其他＿＿＿＿。 □否。
生育史	生產次數　　次； 有無哺餵母乳（至少某胎哺餵母乳一個月以上）：□有，□無； 第一胎生產實足年齡　　歲。
用藥史	是否服用荷爾蒙補充劑？□是，　　歲開始，服用　　年；□否。 是否服用口服避孕藥？　□是，　　歲開始，服用　　年；□否。
是否有感覺到異常腫塊？	□ 有摸到硬塊或疼痛、壓痛，請在右圖相關位置標示「X」； □ 沒有症狀； □ 未做過乳房自我檢查。 
其他	最近二年內是否曾做過下列檢查（可複選）？ □醫護人員觸診；□乳房攝影 X 光檢查；□乳房超音波檢查；□以上皆未做過。 是否曾接受過乳房手術？□是；(□ 左側，□右側)；□否。

1. 本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、或政策評估等目的使用。受檢者同意受檢及資料利用。

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

*確認以上資料正確無誤：＿＿＿＿＿＿（簽名）

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

受檢婦女簽名：＿＿＿＿＿＿

一、統一修正用詞，由「婦女」修正為「女性」及「個案」。
二、統一癌症篩檢表單用詞。

修正規定	現行規定	說明
乳房 X 光攝影檢查結果（攝影醫院填寫） 醫院名稱：　　醫事機構代碼： 攝影日期：民國　年　月　日 攝影儀機型： ☐ CR 乳房 X 光攝影儀（Computed Radiography, CR）； ☐ DR 乳房 X 光攝影儀（Digital Radiography, DR）； ☐ 乳房斷層攝影機（Tomosynthesis, Tomo）。 乳房觸診檢查： ☐ 有腫塊或其他異常，請在右圖相關位置標示「X」； ☐ 無異常； ☐ 未做觸診檢查。 右乳　左乳 乳腺組成： ☐ Fatty breast；☐ Scattered fibroglandular density；☐ Heterogeneously dense； ☐ Extremely dense。 與舊片比較： ☐是； ☐否，理由為：☐第一次篩檢，☐無法取得舊片，☐無法獲知是否有舊片。 攝影判讀日期：民國　年　月　日 攝影檢查結果： ※ Category 0, 3, 4, 5 需加填「乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表」。 ☐（0）需附加其他影像檢查再評估 （Category 0: Need Additional Imaging Evaluation.） ☐（1）無異常發現 （Category 1: Negative.） ☐（2）良性發現 （Category 2: Benign Finding） ☐（3）可能是良性發現－須短期追蹤檢查（六至十二個月） （Category 3: Probably Benign Finding－Short Interval Follow-Up Suggested.） ☐（4）可疑異常須考慮組織生檢 （Category 4: Suspicious Abnormality－Biopsy Should Be Considered.） ☐a. Low suspicion ☐b. Moderate suspicion ☐c. High suspicion ☐（5）高度懷疑為惡性腫瘤必須採取適當的措施 （Category 5: Highly Suggestive of Malignancy－Appropriate Action Should Be Taken.） 放射科醫師　　醫事放射師 (116 年 1 月修訂)	乳房 X 光攝影檢查結果（攝影醫院填寫） 醫院名稱：　　醫事機構代碼： 攝影日期：民國　年　月　日 攝影儀機型： ☐ CR 乳房 X 光攝影儀（Computed Radiography, CR）； ☐ DR 乳房 X 光攝影儀（Digital Radiography, DR）； ☐ 乳房斷層攝影機（Tomosynthesis, Tomo）。 乳房觸診檢查： ☐ 有腫塊或其他異常，請在右圖相關位置標示「X」； ☐ 無異常； ☐ 未做觸診檢查。 右乳　左乳 乳腺組成： ☐ Fatty breast；☐ Scattered fibroglandular density；☐ Heterogeneously dense； ☐ Extremely dense。 與舊片比較： ☐是； ☐否，理由為：☐第一次篩檢，☐無法取得舊片，☐無法獲知是否有舊片。 攝影判讀日期：民國　年　月　日 攝影檢查結果： ※ Category 0, 3, 4, 5 需加填「乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表」。 ☐（0）需附加其他影像檢查再評估 （Category 0: Need Additional Imaging Evaluation.） ☐（1）無異常發現 （Category 1: Negative.） ☐（2）良性發現 （Category 2: Benign Finding） ☐（3）可能是良性發現－須短期追蹤檢查（六至十二個月） （Category 3: Probably Benign Finding－Short Interval Follow-Up Suggested.） ☐（4）可疑異常須考慮組織生檢 （Category 4: Suspicious Abnormality－Biopsy Should Be Considered.） ☐a. Low suspicion ☐b. Moderate suspicion ☐c. High suspicion ☐（5）高度懷疑為惡性腫瘤必須採取適當的措施 （Category 5: Highly Suggestive of Malignancy－Appropriate Action Should Be Taken.） 放射科醫師　　醫事放射師 (114 年 1 月修訂)	修改表單年份。

修正規定	現行規定	說明

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

健康署女性乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表

病歷號：　　。

檢查資訊			
姓名		身分證統一編號或 統一證號（外籍）	
出生日期	民國　年　月　日	攝影日期	民國　年　月　日
醫院名稱		放射科醫師	

乳房 X 光攝影疑似異常結果

☐ **Category 0:** Need Additional Imaging Evaluation.
☐ **Category 3:** Probably Benign Finding – Short Interval Follow-up Is Suggested.
☐ **Category 4:** Suspicious Abnormality – Biopsy Should Be Considered.
　☐ a. Low suspicion； ☐ b. Moderate suspicion； ☐ c. High suspicion
☐ **Category 5:** Highly Suggestive of Malignancy – Appropriate Action Should Be Taken.

病灶勾選（如單側多處病灶或兩側皆有病灶，請以不同表單分開呈現）

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

Location	☐ UOQ	☐ UIQ	☐ LOQ	☐ LIQ	☐ Subareolar	☐ Axillary tail
	One view only	☐ Upper Hemisphere		☐ Lower Hemisphere		
		☐ Outer Hemisphere		☐ Inner Hemisphere		
Size	☐ < 1.0 cm	☐ 1-2 cm	☐ 2-3 cm	☐ 3-4 cm	☐ > 4 cm	
Shape	☐ Round	☐ Oval	☐ Lobular	☐ Irregular		
Margin	☐ Circumscribed	☐ Microlobulated	☐ Obscured	☐ Indistinct	☐ Spiculated	
Density	☐ High density	☐ Equal density	☐ Low-density	☐ Fat-containing		

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

Location	☐ UOQ	☐ UIQ	☐ LOQ	☐ LIQ	☐ Subareolar	☐ Axillary tail
	One view only	☐ Upper Hemisphere		☐ Lower Hemisphere		
		☐ Outer Hemisphere		☐ Inner Hemisphere		
Distribution	☐ Grouped	☐ Linear	☐ Segmental	☐ Regional	☐ Diffuse	
Morphology	☐ Amorphous	☐ Coarse Heterogeneous	☐ Fine Pleomorphic	☐ Fine Linear Branching		

☐ **3. Asymmetry:** ☐ Rt. ☐ Lt. ☐ Asymmetry ☐ Focal asymmetry ☐ Developing asymmetry

Location	☐ UOQ	☐ UIQ	☐ LOQ	☐ LIQ	☐ Subareolar	☐ Axillary tail
	One view only	☐ Upper Hemisphere		☐ Lower Hemisphere		
		☐ Outer Hemisphere		☐ Inner Hemisphere		

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

Location	☐ UOQ	☐ UIQ	☐ LOQ	☐ LIQ	☐ Subareolar	☐ Axillary tail
	One view only	☐ Upper Hemisphere		☐ Lower Hemisphere		
		☐ Outer Hemisphere		☐ Inner Hemisphere		

☐ **5. Thickening or retraction of the skin and/or nipple:** ☐ Rt./☐ Lt.
☐ **6. Dense or enlarged axillary LNs:** ☐ Rt./☐ Lt.
☐ **7. Dilated lactiferous ducts:** ☐ Rt./☐ Lt.
☐ **8. Diffuse thickening of the skin and increased density:** ☐ Rt./☐ Lt.
☐ **9.Others:**

(116 年 1 月修訂)

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

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表

病歷號：　　。

檢查資訊			
姓名		身分證統一編號 統一證號（外籍）	
出生日期	民國　年　月　日	攝影日期	民國　年　月　日
醫院名稱		放射科醫師	

乳房 X 光攝影疑似異常結果

☐ **Category 0:** Need Additional Imaging Evaluation.
☐ **Category 3:** Probably Benign Finding – Short Interval Follow-up Is Suggested.
☐ **Category 4:** Suspicious Abnormality – Biopsy Should Be Considered.
　☐ a. Low suspicion； ☐ b. Moderate suspicion； ☐ c. High suspicion
☐ **Category 5:** Highly Suggestive of Malignancy – Appropriate Action Should Be Taken.

病灶勾選（如單側多處病灶或兩側皆有病灶，請以不同表單分開呈現）

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

Location	☐ UOQ	☐ UIQ	☐ LOQ	☐ LIQ	☐ Subareolar	☐ Axillary tail
	One view only	☐ Upper Hemisphere		☐ Lower Hemisphere		
		☐ Outer Hemisphere		☐ Inner Hemisphere		
Size	☐ < 1.0 cm	☐ 1-2 cm	☐ 2-3 cm	☐ 3-4 cm	☐ > 4 cm	
Shape	☐ Round	☐ Oval	☐ Lobular	☐ Irregular		
Margin	☐ Circumscribed	☐ Microlobulated	☐ Obscured	☐ Indistinct	☐ Spiculated	
Density	☐ High density	☐ Equal density	☐ Low-density	☐ Fat-containing		

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

Location	☐ UOQ	☐ UIQ	☐ LOQ	☐ LIQ	☐ Subareolar	☐ Axillary tail
	One view only	☐ Upper Hemisphere		☐ Lower Hemisphere		
		☐ Outer Hemisphere		☐ Inner Hemisphere		
Distribution	☐ Grouped	☐ Linear	☐ Segmental	☐ Regional	☐ Diffuse	
Morphology	☐ Amorphous	☐ Coarse Heterogeneous	☐ Fine Pleomorphic	☐ Fine Linear Branching		

☐ **3. Asymmetry:** ☐ Rt. ☐ Lt. ☐ Asymmetry ☐ Focal asymmetry ☐ Developing asymmetry

Location	☐ UOQ	☐ UIQ	☐ LOQ	☐ LIQ	☐ Subareolar	☐ Axillary tail
	One view only	☐ Upper Hemisphere		☐ Lower Hemisphere		
		☐ Outer Hemisphere		☐ Inner Hemisphere		

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

Location	☐ UOQ	☐ UIQ	☐ LOQ	☐ LIQ	☐ Subareolar	☐ Axillary tail
	One view only	☐ Upper Hemisphere		☐ Lower Hemisphere		
		☐ Outer Hemisphere		☐ Inner Hemisphere		

☐ **5. Thickening or retraction of the skin and/or nipple:** ☐ Rt./☐ Lt.
☐ **6. Dense or enlarged axillary LNs:** ☐ Rt./☐ Lt.
☐ **7. Dilated lactiferous ducts:** ☐ Rt./☐ Lt.
☐ **8. Diffuse thickening of the skin and increased density:** ☐ Rt./☐ Lt.
☐ **9.Others:**

(114 年 1 月修訂)

一、統一修正用詞，由「婦女」修正為「女性」。
二、統一癌症篩檢表單用詞。
三、修改表單年份。

修正規定	現行規定	說明

附表四之六　　本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

健康署女性乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

個人基本資料（攝影醫院填寫）			
姓名		身分證統一編號或 統一證號（外籍）	
出生日期	民國　年　月　日	聯絡資訊	手機： 市話：（　）
現居地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣　市鄉　村　路　段　巷　號 市　區鎮　里　街　弄　樓		
乳房 X 光攝影檢查結果（攝影醫院填寫）			
醫院名稱		醫事機構代碼	
攝影日期	民國　年　月　日	攝影判讀日期	民國　年　月　日
攝影檢查結果	□（Category 0）需附加其他影像檢查再評估 □（Category 3）可能是良性發現－須短期追蹤檢查（六至十二個月） □（Category 4）可疑異常須考慮組織生檢 □A. Low suspicion □B. Moderate suspicion □C. High suspicion □（Category 5）高度疑似乳癌，須採取適當措施		
追蹤結果（以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料，另執行本注意事項之大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務有需求者，則由負責複檢、負責確診或治療之醫療院所鍵入資料）			
乳房 X 光攝影檢查結果為（**Category 0、3**）之複檢結果（如有上述需求者，則由負責複檢之醫療院所填寫）			
複檢醫院名稱		醫事機構代碼	
複檢日期	民國　年　月　日		
複檢主治醫師姓名			
複檢方式（可複選）	□診斷性乳房 X 光攝影檢查； □乳房超音波檢查； □乳房磁振造影檢查； □其他複檢方式：　。	該項複檢方式檢查結果為： □（1）無異常發現。 □（2）良性發現。 □（3）可能是良性發現－須短期追蹤檢查（六至十二個月）。 □（4）可疑異常須考慮組織生檢。 □A. Low □B. Moderate □C. High suspicion □（5）高度疑似乳癌，須採取適當措施。	
乳房 X 光攝影檢查結果為（4）、（5）及複檢後結果為（4）、（5）之確診檢查結果（如有上述需求者，則由負責確診或治療之醫療院所填寫）			
確診醫院名稱		醫事機構代碼	
確診日期	民國　年　月　日	確定診斷	□ 非乳癌；□ 乳癌。
確診主治醫師姓名			
確診方式（可複選）	病理診斷：□細針抽吸；□粗針穿刺；□鉤針定位；□立體定位穿刺；□手術切片檢查		
	臨床診斷：□ 超音波；□診斷性乳房攝影；□MRI；□ 其他：　。 臨床診斷檢查結果為: □ （1）無異常發現。 □ （2）良性發現。 □ （3）可能是良性發現-須短期追蹤檢查（六至十二個月）。		
確定診斷為乳癌之後續手術或治療情形(由攝影醫院、手術或治療醫院負責追蹤結果及鍵入資料)			
手術	□ 無，原因：□拒絕手術；□腫瘤轉移；□中醫療法；□其他　（請說明理由）。 □ 有：日期 民國＿＿年＿＿月＿＿日； 手術醫院名稱：＿＿＿＿＿＿醫事機構代碼：＿＿＿＿＿＿，主治醫師：＿＿＿＿＿＿。		
□非手術切片病理結果（局部淋巴結欄位可不填） □手術切片病理結果（以上皆須附病理診斷報告）	組織學分類（**Histology type**）	分級（**Grade**） □腺管原位癌（DCIS） □侵襲性癌（Invasive carcinoma） □其他惡性腫瘤(非乳腺癌)	
	腫瘤大小（**Size**）	×　×　cm	
	局部淋巴結（**Regional LN**）	/　（Positive nodes/Total nodes）	
	病理分期（**Pathological Stage**）	T：　N：　M：　S：	
癌症治療（可複選）	有進行□放射線治療、□化學治療、□荷爾蒙治療、□標靶治療、□免疫治療 治療日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日； 治療醫院名稱：＿＿＿＿＿＿，醫事機構代碼：＿＿＿＿＿＿，主治醫師：＿＿＿＿＿＿。	□未治療	
□個案無法追蹤，拒絕回診、複檢，轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤； 追蹤單位：　（縣/市）　衛生所；追蹤人員姓名：　，追蹤日期：　年　月　日。			

第一聯：存乳房 X 光攝影醫療機構　　(116 年 1 月修訂)

附表四之六　　本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

個人基本資料（攝影醫院填寫）			
姓名		身分證統一編號 統一證號（外籍）	
出生日期	民國　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 X 光攝影檢查結果（攝影醫院填寫）			
醫院名稱		醫事機構代碼	
攝影日期	民國　年　月　日	攝影判讀日期	民國　年　月　日
攝影檢查結果	□（Category 0）需附加其他影像檢查再評估 □（Category 3）可能是良性發現－須短期追蹤檢查（六至十二個月） □（Category 4）可疑異常須考慮組織生檢 □A. Low suspicion □B. Moderate suspicion □C. High suspicion □（Category 5）高度疑似乳癌，須採取適當措施		
追蹤結果（以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料，另執行本注意事項之大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務有需求者，則由負責複檢、負責確診或治療之醫療院所鍵入資料）			
乳房 X 光攝影檢查結果為（**Category 0、3**）之複檢結果（如有上述需求者，則由負責複檢之醫療院所填寫）			
複檢醫院名稱		醫事機構代碼	
複檢日期	民國　年　月　日		
複檢主治醫師姓名			
複檢方式（可複選）	□診斷性乳房 X 光攝影檢查； □乳房超音波檢查； □乳房磁振造影檢查； □其他複檢方式：　。	該項複檢方式檢查結果為： □（1）無異常發現。 □（2）良性發現。 □（3）可能是良性發現－須短期追蹤檢查（六至十二個月）。 □（4）可疑異常須考慮組織生檢。 □A. Low □B. Moderate □C. High suspicion □（5）高度疑似乳癌，須採取適當措施。	
乳房 X 光攝影檢查結果為（4）、（5）及複檢後結果為（4）、（5）之確診檢查結果（如有上述需求者，則由負責確診或治療之醫療院所填寫）			
確診醫院名稱		醫事機構代碼	
確診日期	民國　年　月　日	確定診斷	□ 非乳癌；□ 乳癌。
確診主治醫師姓名			
確診方式（可複選）	病理診斷：□細針抽吸；□粗針穿刺；□鉤針定位；□立體定位穿刺；□手術切片檢查		
	臨床診斷：□ 超音波；□診斷性乳房攝影；□MRI；□ 其他：　。 臨床診斷檢查結果為: □ （1）無異常發現。 □ （2）良性發現。 □ （3）可能是良性發現-須短期追蹤檢查（六至十二個月）。		
手術	□ 無，原因：□拒絕手術；□腫瘤轉移；□中醫療法；□其他　（請說明理由）。 □ 有：日期 民國＿＿年＿＿月＿＿日； 手術醫院名稱：＿＿＿＿＿＿醫事機構代碼：＿＿＿＿＿＿，主治醫師：＿＿＿＿＿＿。		
□非手術切片病理結果（局部淋巴結欄位可不填） □手術切片病理結果（以上皆須附病理診斷報告）	組織學分類（**Histology type**）	分級（**Grade**） □腺管原位癌（DCIS） □侵襲性癌（Invasive carcinoma） □其他惡性腫瘤(非乳腺癌)	
	腫瘤大小（**Size**）	×　×　cm	
	局部淋巴結（**Regional LN**）	/　（Positive nodes/Total nodes）	
	病理分期（**Pathological Stage**）	T：　N：　M：　S：	
癌症治療（可複選）	有進行□放射線治療、□化學治療、□荷爾蒙治療、□標靶治療、□免疫治療 治療日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日； 治療醫院名稱：＿＿＿＿＿＿，醫事機構代碼：＿＿＿＿＿＿，主治醫師：＿＿＿＿＿＿。	□未治療	
□個案無法追蹤，拒絕回診、複檢，轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤； 追蹤單位：　（縣/市）　衛生所；追蹤人員姓名：　，追蹤日期：　年　月　日。			

第一聯：存乳房 X 光攝影醫療機構　　(114 年 1 月修訂)

一、統一修正用詞，由「婦女」修正為「女性」。
二、統一癌症篩檢表單用詞。
三、將確診結果與後續手術治療情形拆分，以利醫療機構申報「大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務」。
四、修改表單年份。

修正規定	現行規定	說明

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

健康署女性乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

個人基本資料（攝影醫院填寫）			
姓名		身分證統一編號或 統一證號（外籍）	
出生日期	民國　年　月　日	聯絡資訊	手機： 市話：（　）
現居地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣　市鄉　村　路　段　巷　號 市　區鎮　里　街　弄　樓		
乳房 X 光攝影檢查結果（攝影醫院填寫）			
醫院名稱		醫事機構代碼	
攝影日期	民國　年　月　日	攝影判讀日期	民國　年　月　日
攝影檢查結果	□（Category 0）需附加其他影像檢查再評估 □（Category 3）可能是良性發現－須短期追蹤檢查（六至十二個月）	□（Category 4）可疑異常須考慮組織生檢 □A. Low suspicion □B. Moderate suspicion □C. High suspicion □（Category 5）高度疑似乳癌，須採取適當措施	
追蹤結果（以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料，另執行本注意事項之大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務有需求者，則由負責複檢、負責確診或治療之醫療院所鍵入資料）			
乳房 X 光攝影檢查結果為（**Category 0、3**）之複檢結果（如有上述需求者，則由負責複檢之醫療院所填寫）			
複檢醫院名稱		醫事機構代碼	
複檢日期	民國　年　月　日		
複檢主治醫師姓名			
複檢方式 （可複選）	□診斷性乳房 X 光攝影檢查； □乳房超音波檢查； □乳房磁振造影檢查； □其他複檢方式：　。	該項複檢方式檢查結果為： □（1）無異常發現。 □（2）良性發現。 □（3）可能是良性發現－須短期追蹤檢查（六至十二個月）。 □（4）可疑異常須考慮組織生檢。 □A. Low □B. Moderate □C. High suspicion □（5）高度疑似乳癌，須採取適當措施。	
乳房 X 光攝影檢查結果為（4）、（5）及複檢後結果為（4）、（5）之確診檢查結果（如有上述需求者，則由負責確診或治療之醫療院所填寫）			
確診醫院名稱		醫事機構代碼	
確診日期	民國　年　月　日	確定診斷	□ 非乳癌；□ 乳癌。
確診主治醫師姓名			
確診方式 （可複選）	病理診斷：□細針抽吸；□粗針穿刺；□鉤針定位；□立體定位穿刺； □手術切片檢查 臨床診斷：□ 超音波；□診斷性乳房攝影；□MRI；□ 其他：　。 臨床診斷檢查結果為： □ （1）無異常發現。 □ （2）良性發現。 □ （3）可能是良性發現-須短期追蹤檢查（六至十二個月）。		
確定診斷為乳癌之後續手術或治療情形(由攝影醫院、手術或治療醫院負責追蹤結果及鍵入資料)			
手術	□ 無，原因：□拒絕手術；□腫瘤轉移；□中醫療法；□其他　（請說明理由）。 □ 有；日期　民國＿＿年＿＿月＿＿日； 手術醫院名稱：＿＿＿＿＿＿醫事機構代碼：＿＿＿＿＿＿，主治醫師：＿＿＿＿＿＿。		
□非手術切片病理結果 （局部淋巴結欄位可不填） □手術切片病理結果 （以上皆須附病理診斷報告）	組織學分類（**Histology type**）	分級（**Grade**） □腺管原位癌（DCIS） □侵襲性癌（Invasive carcinoma） □其他惡性腫瘤（非乳腺癌）	
	腫瘤大小（**Size**）	×　×　cm	
	局部淋巴結（**Regional LN**）	/　（Positive nodes/Total nodes）	
	病理分期（**Pathological Stage**）	T：　N：　M：　S：	
癌症治療（可複選）	有進行□放射線治療、□化學治療、□荷爾蒙治療、□標靶治療、□免疫治療 治療日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日； 治療醫院名稱：＿＿＿＿，醫事機構代碼：＿＿＿＿，主治醫師：＿＿＿＿。	□未治療	
□個案無法追蹤，拒絕回診、複檢，轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤； 追蹤單位：　（縣/市）　衛生所；追蹤人員姓名：　，追蹤日期：　年　月　日。			

第二聯：存複（確）診與治療醫院機構　(116 年 1 月修訂)

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

個人基本資料（攝影醫院填寫）			
姓名		身分證統一編號 統一證號（外籍）	
出生日期	民國　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 X 光攝影檢查結果（攝影醫院填寫）			
醫院名稱		醫事機構代碼	
攝影日期	民國　年　月　日	攝影判讀日期	民國　年　月　日
攝影檢查結果	□（Category 0）需附加其他影像檢查再評估 □（Category 3）可能是良性發現－須短期追蹤檢查（六至十二個月）	□（Category 4）可疑異常須考慮組織生檢 □A. Low suspicion □B. Moderate suspicion □C. High suspicion □（Category 5）高度疑似乳癌，須採取適當措施	
追蹤結果〔以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料，另執行本注意事項之大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務有需求者，則由負責複檢、負責確診或治療之醫療院所鍵入資料〕			
乳房 X 光攝影檢查結果為（**Category 0、3**）之複檢結果（如有上述需求者，則由負責複檢之醫療院所填寫）			
複檢醫院名稱		醫事機構代碼	
複檢日期	民國　年　月　日		
複檢主治醫師姓名			
複檢方式 （可複選）	□診斷性乳房 X 光攝影檢查； □乳房超音波檢查； □乳房磁振造影檢查； □其他複檢方式：　。	該項複檢方式檢查結果為： □（1）無異常發現。 □（2）良性發現。 □（3）可能是良性發現－須短期追蹤檢查（六至十二個月）。 □（4）可疑異常須考慮組織生檢。 □A. Low □B. Moderate □C. High suspicion □（5）高度疑似乳癌，須採取適當措施。	
乳房 X 光攝影檢查結果為（4）、（5）及複檢後結果為（4）、（5）之確診檢查結果（如有上述需求者，則由負責確診或治療之醫療院所填寫）			
確診醫院名稱		醫事機構代碼	
確診日期	民國　年　月　日	確定診斷	□ 非乳癌；□ 乳癌。
確診主治醫師姓名			
確診方式 （可複選）	病理診斷：□細針抽吸；□粗針穿刺；□鉤針定位；□立體定位穿刺； □手術切片檢查 臨床診斷：□ 超音波；□診斷性乳房攝影；□MRI；□ 其他：　。 臨床診斷檢查結果為： □ （1）無異常發現。 □ （2）良性發現。 □ （3）可能是良性發現-須短期追蹤檢查（六至十二個月）。		
手術	□ 無，原因：□拒絕手術；□腫瘤轉移；□中醫療法；□其他　（請說明理由）。 □ 有；日期　民國＿＿年＿＿月＿＿日； 手術醫院名稱：＿＿＿＿＿＿醫事機構代碼：＿＿＿＿＿＿，主治醫師：＿＿＿＿＿＿。		
□非手術切片病理結果 （局部淋巴結欄位可不填） □手術切片病理結果 （以上皆須附病理診斷報告）	組織學分類（**Histology type**）	分級（**Grade**） □腺管原位癌（DCIS） □侵襲性癌（Invasive carcinoma） □其他惡性腫瘤（非乳腺癌）	
	腫瘤大小（**Size**）	×　×　cm	
	局部淋巴結（**Regional LN**）	/　（Positive nodes/Total nodes）	
	病理分期（**Pathological Stage**）	T：　N：　M：　S：	
癌症治療（可複選）	有進行□放射線治療、□化學治療、□荷爾蒙治療、□標靶治療、□免疫治療 治療日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日； 治療醫院名稱：＿＿＿＿，醫事機構代碼：＿＿＿＿，主治醫師：＿＿＿＿。	□未治療	
□個案無法追蹤，拒絕回診、複檢，轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤； 追蹤單位：　（縣/市）　衛生所；追蹤人員姓名：　，追蹤日期：　年　月　日。			

第二聯：存複（確）診與治療醫院機構　(114 年 1 月修訂)

修正規定	現行規定	說明

附表四之七

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

健康署女性乳房 X 光攝影巡迴篩檢評估表

（請併同乳房 X 光攝影檢查相關表單保存）

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

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

受檢者簽名：_____

評估結果（放射人員填寫）

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

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

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

乳房 X 光攝影放射師（士）簽名：_____

日期：民國_____年 _____月 _____日

(116 年 1 月修訂)

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

附表四之七

健康署婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢評估表

（請併同婦女乳房 X 光攝影檢查相關表單保存）

基本資料（檢查婦女填寫）													
姓名		身份證統一編號 統一證號（外籍）											

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

受檢者簽名：_____

評估結果（放射人員填寫）

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

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

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

乳房 X 光攝影放射師（士）簽名：_____

日期：民國_____年 _____月 _____日

(114 年 1 月修訂)

一、酌修文字及統一修正用詞，由「婦女」修正為「女性」及「個案」。

二、修改表單年份。

修正規定	現行規定	說明
附表五之一　健康署執行定量免疫法糞便潛血檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格 服務項目：定量免疫法糞便潛血檢查服務 特約醫事服務機構資格：一、申請辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務者，應為全民健康保險特約醫院、診所，其檢體應送至經通過健康署資格審查的糞便潛血檢驗醫事機構。 二、經健康署認可辦理定量免疫法糞便潛血檢驗醫事機構之名單，將公告於健康署網站。 執行人員資格：全民健康保險特約醫院、診所執業之醫事人員。 其他應配合事項： 一、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理。 二、辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務之醫事機構，其檢體如委託其他通過本部認可之檢驗醫事機構代檢者，應與其簽保密切結書，以維護篩檢個案隱私。	附表五之一　健康署執行定量免疫法糞便潛血檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格 服務項目：定量免疫法糞便潛血檢查服務 特約醫事服務機構資格：一、申請辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務者，應為全民健康保險特約醫院、診所，其檢體應送至經通過健康署資格審查的糞便潛血檢驗醫事機構。 二、經本部認可辦理定量免疫法糞便潛血檢驗醫事機構之名單，將公告於健康署網站。 執行人員資格：全民健康保險特約醫院、診所執業之醫事人員。 其他應配合事項： 一、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理。 二、辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務之醫事機構，其檢體如委託其他通過本部認可之檢驗醫事機構代檢者，應與其簽保密切結書，以維護篩檢個案隱私。	統一修正用詞「本部」修改為「健康署」。

修正規定	現行規定	說明
附表五之四　本檢查經費「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐經費／公務預算補助」 第一聯：存檢查醫療機構 **健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單** 支付方式：□❶預防保健；□❸健保醫療給付；□❹其他公務預算補助；□❺自費健康檢查；□❾其他。 篩檢地點：□❶社區或職場設站篩檢；□❷門診；□❸住院；❹□郵寄；□❺其他。 **個人基本資料** 姓名：　出生日期：民國　年　月　日 身分證統一編號或統一證號（外籍）□□□□□□□□□□ 聯絡資訊 手機： 市話：（　） 現居地址：（鄉鎮市區代碼：□□□□） 縣市　市鄉區鎮　村里　路街　段　巷弄　號樓 教育：□❶無；□❷小學；□❸國（初）中；□❹高中（職）；□❺專科、大學；□❻研究所以上；□❼拒答 **家族病史及吸菸習慣** 1.吸菸史：□無；□有(含已戒菸)，開始吸菸年齡：_____歲。 2.請問與您有血緣的父母、兄弟姐妹或子女或其他親屬有無得過大腸直腸癌？□❶無；□❶有；□❷不知道。 3.請問與您有血緣的父母、兄弟姐妹或子女或其他親屬有無得過其他癌症？□❶無；□❶有；□❷不知道。 以上如有任一項填寫"有"，請繼續填寫附表五之六。 **有無症狀** 請問您有無腸道不適症狀?如腹瀉、便秘、糞便變稠、排泄黏液、便血、黃便帶血或其他症狀□❶無；□❶有。 *本人同意接受糞便潛血檢查，本表資料將作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用 確認以上資料正確無誤：　（簽名） **個案檢查情形**（檢查醫療院所） 檢查醫療院所名稱及代碼：　，門診日期：民國　年　月　日。 **糞便潛血檢查結果**（糞便潛血檢驗機構填寫） 1.醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼： 2.檢驗日期：民國　年　月　日。 3.檢驗結果：□❶陰性 □❶陽性，數值：　。 4.定量試劑商品名稱：□❶Eiken，□❷其他　，□❸ Kyowa（HM-JACKarc）。 **個案確診結果** 1.前項檢查陽性個案於檢查後三個月內有沒有接受後續確診？ □❶沒有；□❶有。 2.沒有接受確診理由為：□❶無法聯繫，□❷出國，□❸搬家，□❹死亡，□❺拒做，□❻其他。 3.確診醫療院所名稱及代碼：　，確診日期：民國　年　月　日。 4.檢查方法：□❶大腸鏡，□❾其他　。 5.診斷：□❶正常，□❶痔瘡，□❷潰瘍性大腸炎，□❸息肉，□❹大腸癌，□❾其他　。 *如有息肉，息肉有無切除：□❶未切除 □❷已完全切除 □❸未完全切除。 （113年1月修訂）	附表五之四　本檢查經費「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐經費／公務預算補助」 第一聯：存檢查醫療機構 **健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單** 支付方式：□❶預防保健；□❸健保醫療給付；□❹其他公務預算補助；□❺自費健康檢查；□❾其他。 篩檢地點：□❶社區或職場設站篩檢；□❷門診；□❸住院；❹□郵寄；□❺其他。 **基本資料** 姓名：　性別：□男 □女　出生日期：民國　年　月　日 身分證統一編號 統一證號（外籍）□□□□□□□□□□ 聯絡電話：（　） 手機： 現居住地址：（鄉鎮市區代碼：□□□□） 縣市　市鄉區鎮　村里　路街　段　巷弄　號樓 教育：□❶無；□❷小學；□❸國（初）中；□❹高中（職）；□❺專科、大學；□❻研究所以上；□❼拒答 **家族病史及吸菸習慣** 1.吸菸史：□無；□有(含已戒菸)，開始吸菸年齡：_____歲。 2.請問與您有血緣的父母、兄弟姐妹或子女或其他親屬有無得過大腸直腸癌？□❶無；□❶有；□❷不知道。 3.請問與您有血緣的父母、兄弟姐妹或子女或其他親屬有無得過其他癌症？□❶無；□❶有；□❷不知道。 以上如有任一項填寫"有"，請繼續填寫附表五之六。 **有無症狀** 請問您有無腸道不適症狀?如腹瀉、便秘、糞便變稠、排泄黏液、便血、黃便帶血或其他症狀□❶無；□❶有。 *本人同意接受糞便潛血檢查，本表資料將作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用 確認以上資料正確無誤：　（簽名） **個案檢查情形**（檢查醫療院所） 檢查醫療院所名稱及代碼：　，門診日期：民國　年　月　日。 **糞便潛血檢查結果**（糞便潛血檢驗機構填寫） 1. 醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼： 2. 檢驗日期：民國　年　月　日。 3. 檢驗結果：□❶陰性 □❶陽性，數值：　。 4. 定量試劑商品名稱：□❶Eiken，□❷其他　，□❸ Kyowa（HM-JACKarc）。 **個案確診結果** 1. 前項檢查陽性個案於檢查後三個月內有沒有接受後續確診？ □❶沒有；□❶有。 2. 沒有接受確診理由為：□❶無法聯繫，□❷出國，□❸搬家，□❹死亡，□❺拒做，□❻其他　。 3. 確診醫療院所名稱及代碼：　，確診日期：民國　年　月　日。 4. 檢查方法：□❶大腸鏡，□❾其他　。 5.診斷：□❶正常，□❶痔瘡，□❷潰瘍性大腸炎，□❸息肉，□❹大腸癌，□❾其他　。 *如有息肉，息肉有無切除：□❶未切除 □❷已完全切除 □❸未完全切除。 （114年1月修訂）	配合表單基本資料欄位一致性，調整及酌作文字修正及修訂年份。

修正規定	現行規定	說明

附表五之四　　本檢查經費「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

第二聯：存確診及治療醫院

健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單

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

篩檢地點：□❶社區或職場設站篩檢；□❷門診；□❸住院；❹□郵寄；□❺其他。

個人基本資料

姓名：　　出生日期：民國　　年　　月　　日

身分證統一編號或統一證號（外籍）□□□□□□□□□□

聯絡資訊 手機：

市話：(　　)

現居地址：(鄉鎮市區代碼：□□□)

縣市　市鄉區鎮　村里　路街　段　巷弄　號樓

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

家族病史及吸菸習慣

1.吸菸史：□無；□有(含已戒菸)，開始吸菸年齡：_____歲。

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

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

以上如有任一項填寫"有"，請繼續填寫附表五之六。

有無症狀

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

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

確認以上資料正確無誤：　　（簽名）

個案檢查情形（檢查醫療院所）

檢查醫療院所名稱及代碼：　　，門診日期：民國　年　月　日。

糞便潛血檢查結果（糞便潛血檢驗機構填寫）

1. 醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼：

2. 檢驗日期：民國　年　月　日。

3. 檢驗結果：□❶陰性 □❶陽性，數值：　。

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

個案確診結果

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

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

3. 確診醫療院所名稱及代碼：　，確診日期：民國　年　月　日。

4. 檢查方法：□❶大腸鏡，□❾其他　。

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

*如有息肉，息肉有無切除：□❶未切除 □❷已完全切除 □❸未完全切除。

附表五之四　　本檢查經費「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

第二聯：存確診及治療醫院

健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單

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

篩檢地點：□❶社區或職場設站篩檢；□❷門診；□❸住院；❹□郵寄；□❺其他。

基本資料

姓名：　　性別：□男 □女　　出生日期：民國　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　市鄉區鎮　村里　路街　段　巷弄　號樓

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

家族病史及吸菸習慣

1.吸菸史：□無；□有(含已戒菸)，開始吸菸年齡：_____歲。

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

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

以上如有任一項填寫"有"，請繼續填寫附表五之六。

有無症狀

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

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

確認以上資料正確無誤：　　（簽名）

個案檢查情形（檢查醫療院所）

檢查醫療院所名稱及代碼：　　，門診日期：民國　年　月　日。

糞便潛血檢查結果（糞便潛血檢驗機構填寫）

1. 醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼：

2. 檢驗日期：民國　年　月　日。

3. 檢驗結果：□❶陰性 □❶陽性，數值：　。

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

個案確診結果

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

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

3. 確診醫療院所名稱及代碼：　，確診日期：民國　年　月　日。

4. 檢查方法：□❶大腸鏡，□❾其他　。

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

*如有息肉，息肉有無切除：□❶未切除 □❷已完全切除 □❸未完全切除。

修正規定	現行規定	說明
（116年1月修訂） 附表五之五　　本檢查經費「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」 **健康署四十歲至四十四歲且其父親、母親、兄弟姐妹或子女曾患有大腸癌之定量免疫法糞便潛血檢查服務聲明書** 立聲明書人　　（以下簡稱本人），因為　　之原因，故無法出具一親等以內血親曾患有大腸癌之診斷證明與其親屬關係相關文件，茲證明我的 □父親，□母親，□兄弟姐妹，□子女 曾患有大腸癌，該名親屬姓名為　　，身分證統一編號（死亡者免填）：　　，本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。 立聲明書人 姓名：　　（簽章） 身分證統一編號或統一證號(外籍)： 通訊地址： 聯絡電話： 中　華　民　國　　年　　月　　日 備註：本資料請醫療院所留存於病歷中。	（114年1月修訂） 附表五之五　　本檢查經費「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」 **健康署四十歲至四十四歲且其父親、母親、兄弟姐妹或子女曾患有大腸癌之定量免疫法糞便潛血檢查服務聲明書** 立聲明書人　　（以下簡稱本人），因為　　之原因，故無法出具一親等以內血親曾患有大腸癌之診斷證明與其親屬關係相關文件，茲證明我的 □父親，□母親，□兄弟姐妹，□子女 曾患有大腸癌，該名親屬姓名為　　，身分證統一編號（死亡者免填）：　　，本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。 立聲明書人 姓名：　　（簽章） 身分證統一編號或統一證號(外籍)： 通訊地址： 聯絡電話： 中　華　民　國　　年　　月　　日 備註：本資料請醫療院所留存於病歷中。	修訂年份，內容未修正。

修正規定	現行規定	說明
(see below)	(see below)	一、修訂年份。 二、名稱新增「健康署」。

修正規定

附表五之六 (116年1月修訂)

本檢查經費「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

健康署大腸癌篩檢家族史及吸菸習慣資料表

本人 (簽名) 身分證字號：

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

一、吸菸習慣：

□已戒菸，戒菸年齡：______歲

□吸10年以下，每天少於20支；

□吸10年以下，每天20支或以上；

□吸超過10年，每天少於20支；

□吸超過10年，每天20支或以上。

二、家族病史：

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

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

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

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

*其他父系親屬：僅含曾祖父母、祖父母、伯、叔、姑、姪男(女)、孫子(女)

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

**若罹癌人數超過3位，罹癌年齡自最小年齡起算3位

訪問人員簽名(醫療院所)： 日期： 年 月 日

備註：大腸癌篩檢家族史及吸菸習慣資料表，請視同病歷資料留存院所備查。

現行規定

附表五之六 (115年1月修訂)

本檢查經費「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助

大腸癌篩檢家族史及吸菸習慣資料表

本人 (簽名) 身分證字號：

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

一、吸菸習慣：

□已戒菸，戒菸年齡：______歲

□吸10年以下，每天少於20支；

□吸10年以下，每天20支或以上；

□吸超過10年，每天少於20支；

□吸超過10年，每天20支或以上。

二、家族病史：

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

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

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

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

*其他父系親屬：僅含曾祖父母、祖父母、伯、叔、姑、姪男(女)、孫子(女)

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

**若罹癌人數超過3位，罹癌年齡自最小年齡起算3位

訪問人員簽名(醫療院所)： 日期： 年 月 日

備註：大腸癌篩檢家族史及吸菸習慣資料表，請視同病歷資料留存院所備查。