

附表一 删除(99/7/1)

附表二

個案活動能力評估表

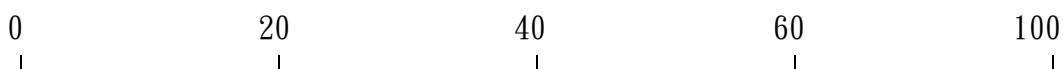
Karnofsky Scale

| 級別 | 描述 |
|----|--|
| 0 | 完全活動。能維持所有之活動，不受任何限制。 |
| 1 | 能夠步行及維持輕度工作，如：簡單之家務、辦公室之工作，但受制於體力消耗量大之活動。 |
| 2 | 能夠步行及維持自我照顧，但無法進行辦公或家務。50%以上之清醒時間，可以起床活動不必限制在床上或椅子上。 |
| 3 | 只能維持有限之自我照顧，超過50%之清醒時間，活動限制在床上或椅子上。 |
| 4 | 完全無法活動，不能進行任何自我照顧，且完全限制在床上或椅子上。 |

附表三

Barthel's Score

| 項目 | 分數 | 內容 | 日期 | | | |
|---------------------|--------------------|---|----|--|--|--|
| | | | | | | |
| 一、 進食 | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 自己在合理時間內（約十秒鐘吃一口）可用筷子取食眼前的食物。若需進食輔具時，應會自行穿脫。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。 <input type="checkbox"/> 無法自行取食或耗費時間過長。 | | | | |
| 二、 輪椅與床位 間的移位 | 15 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 可獨立完成，包括輪椅的煞車及移開腳踏板。 <input type="checkbox"/> 需要稍微的協助（例如：予以輕扶以保持平衡）或需要口頭指導。 <input type="checkbox"/> 可自行從床上坐起來，但移位時仍需別人幫忙。 <input type="checkbox"/> 別人幫忙方可坐起來或需別人幫忙方可移位。 | | | | |
| 三、 個人衛生 | 5 0 | <input type="checkbox"/> 可獨立完成洗臉、洗手、刷牙及梳頭髮。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。 | | | | |
| 四、 上廁所 | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 可自行進出廁所，不會弄髒衣物，並能穿好衣服。使用便盆者，可自行清理便盆。 <input type="checkbox"/> 需幫忙保持姿勢的平衡，整理衣物或使用衛生紙。使用便盆者，可自行取放便盆，但須仰賴他人清理。 <input type="checkbox"/> 需它人幫忙。 | | | | |
| 五、 洗澡 | 5 0 | <input type="checkbox"/> 可獨立完成（不論是盆浴或淋浴）。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。 | | | | |
| 六、 行走於平地 上 | 15 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 使用或不使用輔具皆可獨立行走50公尺以上。 <input type="checkbox"/> 需要稍微的扶持或口頭指導方可行走50公尺以上。 <input type="checkbox"/> 雖無法行走，但可獨自操縱輪椅（包括轉彎、進門及接近桌子、床沿）並可推行輪椅50公尺以上。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙推輪椅。 | | | | |
| 七、 上下樓梯 | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 可自行上下樓梯（允許抓扶手、用拐杖）。 <input type="checkbox"/> 需要稍微幫忙或口頭指導。 <input type="checkbox"/> 無法上下樓梯。 | | | | |
| 八、 穿脫衣服 | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 可自行穿脫衣服、鞋子及輔具。 <input type="checkbox"/> 在別人幫忙下，可自行完成一半以上的動作。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙。 | | | | |
| 九、 大便控制 | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 不會失禁，並可自行使用塞劑。 <input type="checkbox"/> 偶爾會失禁，（每週不超過一次）或使用塞劑時需人幫忙。 <input type="checkbox"/> 需別人處理。 | | | | |
| 十、 小便控制 | 10 5 0 | <input type="checkbox"/> 日夜皆不會尿失禁，或可自行使用並清理尿套。 <input type="checkbox"/> 偶爾會尿失禁（每週不超過一次）或尿急（無法等待便盆或無法及時趕到廁所）或需別人幫忙處理尿套。 <input type="checkbox"/> 需別人處理。 | | | | |
| 總分 | | | | | | |



完全依賴

嚴重依賴

顯著依賴

功能獨立

附表四 删除(99/7/1)

附表五

全民健康保險心導管檢查申報表

醫院：；性別：；年齡：歲；病歷號碼：

病人姓名：；身份證號碼：

健保卡號碼：

臨床診斷：

施行檢查理由和目的：

冠動脈疾病危險因子評估：

高血壓症 無 有 治療前血壓：
血脂異常症 無 有 治療前檢查數值：
吸菸 無 有 每日__支；歷經__年；已戒菸

家族罹患血管粥狀硬化疾病者：無
有（請註明和病人的親屬關係和診斷病名）：

糖尿病：無 有

肥胖症：無 有

痛風：無 有

急躁性格：無 有

缺乏運動：無 有

相關臨床症狀描述：

應附資料：一、具有代表性12導極靜止心電圖影印本一份
二、心導管報告一份，若能附上病變處照片更佳

申報醫師：日期：

本表請併醫療費用申報

附表六

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

八十八年元月五日訂定

104年11月30日修訂

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

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

附表七

洗腎異常動態表

民國八十八年元月五日訂定

104年11月30日修訂

一、基本資料：_____

醫療院所 _____ 代號 _____

病患姓名 _____ 身份證字號 _____ 流水號 _____

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

二、適應症：

1. 絕對適應症

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

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

心臟衰竭或肺水腫 心包膜炎 出血傾向

神經症狀：意識障礙、抽搐或末梢神經病變

高血鉀(藥物難以控制) 噁心、嘔吐(藥物難以控制)

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

代謝性血酸(藥物難以控制)

三、檢驗結果

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

附 X 光片或報告

四、洗腎異常理由

醫師簽名 _____ 專科證號 _____

附表八之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(106/1/1)

| TTAS 級數 判定依據 | 一級 | 二級 | 三級 | 四級 | 五級 |
|-------------------|--------------------------|------------------------------------|---------------------|-----|-----|
| | 復甦急救 | 危急 | 緊急 | 次緊急 | 非緊急 |
| 生命徵象(Vital signs) | | | | | |
| 一、意識 | | | | | |
| 綜合描述 | 無意識 | 意識改變 | 清楚的意識狀態 | | |
| GCS | 3-8 | 9-13 | 14-15 (應使用其他變項判定級數) | | |
| 呼吸道 | 無法保護呼吸道 | | | | |
| 對刺激反應 | 無反應或僅對疼痛或大聲的叫喚出現無意義的反應動作 | 可定位痛點，對聲音刺激有含糊或不適當的語言回應 | | | |
| 意識狀態 | 意識程度持續惡化 | 疲倦嗜睡、反應遲鈍、眼神呆滯、無定向感、躁動不安、暴力動作、無法安撫 | 清楚的意識狀態、有定向感、可安撫 | | |
| 抽搐 | 持續抽搐 | 剛抽搐結束 | | | |
| 肌張力 | 肢體癱瘓 | 虛弱無力，無法坐起 | | | |

備註：

1. 只適合急性變化(7天內意識改變，且與情況穩定時意識有差異)。

附表八之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(續)(106/1/1)

| TTAS 級數 | 一級 | 二級 | 三級 | 四級 | 五級 |
|-------------------|--|----------------------------|---|-----|-----|
| 判定依據 | 復甦急救 | 危急 | 緊急 | 次緊急 | 非緊急 |
| 生命徵象(Vital signs) | | | | | |
| 二、呼吸： | | | | | |
| 綜合描述 | 重度的呼吸窘迫：呼吸衰竭，為過度的呼吸工作而產生疲憊現象，明顯發紺及意識混亂或沒有呼吸。 | 中度的呼吸窘迫：呼吸費力、呼吸工作增加、使用輔助肌。 | 輕度的呼吸窘迫：呼吸困難，心跳過速，在走動時有呼吸急促的現象，沒有明顯呼吸工作的增加。 | | |
| 說話 | 單一字或無法言語 | 片語/不成句 | 可使用句子 | | |
| 呼吸道 | 上氣道阻塞致口水外流 | 明顯或惡化的喘鳴呼吸聲，但呼吸道仍暢通。 | 氣喘呼吸聲、呼吸道暢通 | | |
| 呼吸次數 | <10 次/分 | | | | |
| 呼吸窘迫姿勢 | | 嗅吸姿勢/三點支撐姿勢/拒絕躺下 | | | |
| 呼吸輔助肌使用/ 鼻孔張合 | 鼻孔張合且合併肋間、肋下、胸骨上、胸骨下、鎖骨上凹陷 | 僅鼻孔張合或胸骨上輕微凹陷 | | | |
| 血氧飽和度 | <90% | <92% | 92% - 94% | | |

備註：

1. 分級判定依據以描述性定義為主，除重度呼吸窘迫或 O₂ saturation 外，不以呼吸次數或其他絕對值為分級標準。

附表八之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(續)(106/1/1)

| TTAS 級數 判定依據 | | 一級 | 二級 | 三級 | 四級 | 五級 |
|-------------------|---------|--|--------------------------------------|------------------------------|-----|-----|
| | | 復甦急救 | 危急 | 緊急 | 次緊急 | 非緊急 |
| 生命徵象(Vital signs) | | | | | | |
| 三、循環 | | | | | | |
| 綜合描述 | | 休克：組織灌流不足或缺氧，典型的徵象：皮膚冰冷、盜汗、蒼白、呼吸急促、意識模糊不清。 | 血行動力循環不足：血壓偏低但未出現休克徵象，但血液灌流處於邊緣不足狀態。 | 生命徵象接近正常範圍之臨界值。(應使用其他變項判定級數) | | |
| 每分鐘心跳次數 | <3M： | ≤100 或 ≥200 | | | | |
| | 3M -3Y： | ≤80 或 ≥180 | | | | |
| | >3Y： | ≤60 或 ≥150 | | | | |
| 膚色 | | 嘴唇、黏膜發紫 | 肢端發紫，蒼白/斑駁 | | | |
| 微血管填充時間 | | >4 秒 | >2 秒 | ≤2 秒 | | |
| 低血壓 (> 1 Y) | | 收縮壓< 70mmHg | | | | |

備註：

- 1.原則上兒科患者應在檢傷站測量血壓，但兒童無法配合者，可暫不量，但在可配合情況下，仍應完成血壓測量。
- 2.兒童有神經系統，呼吸系統，心臟血管系統相關主訴，仍應測量血壓。

附表八之一、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表(續)(106/1/1)

| TTAS 級數 | 一級 | 二級 | 三級 | 四級 | 五級 |
|-------------------|-------|-------------------|-----|-----|-----|
| 判定依據 | 復甦急救 | 危急 | 緊急 | 次緊急 | 非緊急 |
| 生命徵象(Vital signs) | | | | | |
| 四之一 體溫過高(>38.0C) | | | | | |
| 不分年齡 | >41°C | | | | |
| < 3M | | >38°C | | | |
| 3M-3Y | | 免疫功能缺陷或有病容 | 無病容 | | |
| >3Y | | 免疫功能缺陷 | 有病容 | 無病容 | |
| 四之二 體溫過低(<35°C) | | | | | |
| 不分年齡 | <32°C | | | | |
| < 3M | | 32°C - 36°C | | | |
| > 3M | | 32°C - 35°C 【備註4】 | | | |

備註：

- 體溫測量採和中心溫度接近之測量結果，如耳溫及肛溫等方法，但三個月以下嬰幼兒，建議測量肛溫，若無法測量肛溫，建議採用測量結果接近中心溫度之其他方法。
- 在體溫過高部分，發燒之定義為中心體溫 >38.0C。除中心體溫>41°C 歸為一級外，其他範圍的發燒情況，皆不以絕對值作為分級的規範，而是考慮病患是否有病容、是否為免疫不全的狀態來決定檢傷級數。
 - 免疫功能缺陷：白血球過少、曾接受移植手術、長期使用類固醇、疑似敗血性休克、癌症、ESRD 等病患。
 - 有病容：臉色潮紅、脈搏加快、脈壓變寬、焦慮、機動或混亂的情形。
 - 無病容：心跳和脈壓正常、；意識警醒、清楚的定向感。
- 體溫過低之定義為中心體溫 <35°C，中心體溫<32°C歸為一級，小於三個月之嬰兒< 36°C歸為二級。
- 大於三個月之兒童在環境暴露所引起之低體溫也增列 32-35°C之判定依據，但此情況不適用於非環境暴露者。

附表八之二、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表-疼痛嚴重度(106/1/1)

| 判定依據 \ TTAS 級數 | 一級 | 二級 | 三級 | 四級 | 五級 |
|----------------|------|----------|---------|---------|-----|
| | 復甦急救 | 危急 | 緊急 | 次緊急 | 非緊急 |
| 疼痛嚴重度 | | | | | |
| 嚴重(8-10) | | 嚴重(8-10) | | | |
| 中度(4-7) | | | 中度(4-7) | | |
| 輕度(0-3) | | | | 輕度(0-3) | |

備註

1. 疼痛量表(使用十分量表)
2. 兒童疼痛不分中樞和周邊，只以疼痛嚴重度作為分級標準

表八之三、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準-首要調節變數表-受傷機轉(106/1/1)

| TTAS 級數 | 一級 | 二級 | 三級 | 四級 | 五級 |
|---------|------|--|----|-----|-----|
| 判定依據 | 復甦急救 | 危急 | 緊急 | 次緊急 | 非緊急 |
| 高危險受傷機轉 | | | | | |
| 一般創傷 | | 1. 汽機車車禍 2. 行人或腳踏車被汽車撞到 3. 由大於 6 公尺高處跌落 6. 任何受傷在頭部、頸部、軀幹、 或靠近手肘和膝蓋處的穿刺傷 7. 槍傷 | | | |
| 頭部創傷 | | 1. 車禍被拋出車外 2. 未繫安全帶撞到擋風玻璃 3. 行人被車輛撞倒 4. 由大於 1 公尺或 5 階梯高跌 落 5. 被人使用鈍器攻擊 (拳腳除 外) | | | |
| 頸部創傷 | | 1. 汽機車車禍 2. 由大於 1 公尺或 5 階梯高跌 落 3. 頭部被垂直撞擊者 | | | |

備註

1. 兒童之高危險受傷機轉採用與成人一樣標準
2. 兒童病患使用外傷主訴時，以中樞疼痛嚴重度作為分級標準

3. 懷孕少女遭受外傷時，可依 TTAS 原始判定級數再往上調高一級

表八之四、台灣急診檢傷急迫度分級量表兒童標準首要調節變數分級綜合列表(106/1/1)

| TTAS 級數 | 一級 | 二級 | 三級 | 四級 | 五級 |
|-------------------|------|----|----|-----|-----|
| 判定依據 | 復甦急救 | 危急 | 緊急 | 次緊急 | 非緊急 |
| 生命徵象(Vital signs) | | | | | |
| 一、意識 | * | * | | | |
| 二、呼吸窘迫 | * | * | * | | |
| 三、血行動力 | * | * | | | |
| 四、體溫 | * | * | * | * | |
| 疼痛程度(Pain Scale) | | * | * | * | |
| 高危險受傷機轉 | | * | | | |

說明：

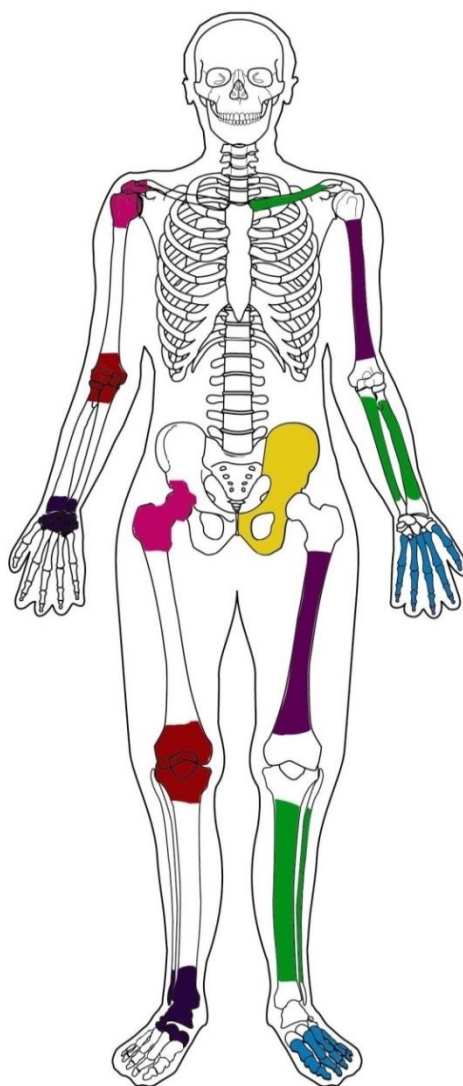
首要調節變數(First order modifiers)

- 生命徵象(Vital signs)
 - a. 意識：1、2 級
 - b. 呼吸：1、2、3 級
 - c. 血行動力學：1、2 級
 - d. 體溫：1、2、3、4 級
- 疼痛程度(Pain Scale)：2、3、4 級
- 高危險受傷機轉：2 級

附表九
(109/5/1)

手術野圖示表

※不同顏色為不同手術野
※Hemi-pelvis為一手術野



附表十 删除(102/3/1)

附表十一 刪除(102/3/1)

附表十二

同次治療不可併同申報項目

| 項目代號 | 不可併同申報項目 (不論是否相同部位) | 不可併同申報 (只限同部位) |
|-------------|---------------------------|--|
| PTS2治療性冷／熱敷 | 全身水療 | 紅外線、石蠟浴、上肢水療、 下肢水療、紫外線、短波、微波 |
| PTS3紅外線 | 全身水療 | 治療性冷／熱敷、石蠟浴、上 肢水療、下肢水療、全身水 療、短波、微波 |
| PTS4石蠟浴 | 全身水療 | 治療性冷／熱敷、紅外線 |
| PTS6短波 | 全身水療 | 微波、治療性冷／熱敷、紅外 線 |
| PTS7微波 | 全身水療 | 短波、紅外線、治療性冷／熱 敷 |
| PTS8向量干擾 | | 經皮神經電刺激、超高頻 |
| PTS9經皮神經電刺激 | | 向量干擾、超高頻 |
| PTS10超高頻 | | 向量干擾、經皮神經電刺激 |
| PTS12紫外線 | | 治療性冷／熱敷 |
| PTM2上肢水療 | | 治療性冷／熱敷、紅外線 |
| PTM3下肢水療 | | 治療性冷／熱敷、紅外線 |
| PTM4全身水療 | 治療性冷／熱敷、紅外線、石 蠟浴、短波、微波 | |

註：紅外線均指近紅外線

附表十三

醫療院所名稱級別：

區域級以上

地區級申報 填表日期__年__月

基層

| 醫師 | 姓名 | 專科字號 | 專任 | 兼任 | 到職日期 | 復健治療空間(平方公尺) | |
|-------|----|-------|----|----|------|--------------|--------|
| | | | | | | | |
| 治療人員 | 姓名 | 身分證字號 | 專任 | 兼任 | 到職日期 | 專業執照字號 | 畢業證書字號 |
| 物理治療師 | | | | | | | |
| 物理治療生 | | | | | | | |
| 職能治療師 | | | | | | | |
| 職能治療生 | | | | | | | |
| 語言治療師 | | | | | | | |

附表十四

各項物理治療花費工時

| 代號 | 名稱 | 人工花費 | | 機器操作 | |
|-------|--------|-------|----|-------|----|
| | | 範圍 | 平均 | 範圍 | 平均 |
| PTS1 | 牽引 | 10-15 | 10 | 15-30 | 20 |
| PTS2 | 治療性冷／熱 | 5-10 | 7 | 15-30 | 20 |
| PTS3 | 紅外線 | 5-15 | 10 | 15-30 | 20 |
| PTS4 | 石蠟浴 | 5-15 | 10 | 20-30 | 20 |
| PTS5 | 超音波 | 5-15 | 10 | 10-15 | 10 |
| PTS6 | 短波 | 5-15 | 10 | 20-30 | 20 |
| PTS7 | 微波 | 5-15 | 10 | 20-30 | 20 |
| PTS8 | 向量干擾 | 10-15 | 10 | 15-30 | 20 |
| PTS9 | 經皮神經刺激 | 10-15 | 10 | 20-30 | 20 |
| PTS10 | 超高頻 | 10-15 | 10 | 20-30 | 20 |
| PTS11 | 低能雷射治療 | 5-15 | 10 | 5-15 | 10 |
| PTS12 | 紫外線 | 10-20 | 10 | 10-20 | 10 |
| PTS13 | 磁場治療 | 10-15 | 10 | 30-40 | 30 |
| PTS14 | 循環治療 | 10-15 | 10 | 20-30 | 20 |
| PTM1 | 肌肉電刺激 | 20-30 | 20 | 20-30 | 20 |
| PTM2 | 上肢水療 | 20-30 | 20 | 30-50 | 30 |
| PTM3 | 下肢水療 | 20-30 | 20 | 30-50 | 30 |
| PTM4 | 全身水療 | 30-45 | 40 | 40-90 | 40 |
| PTM5 | 被動性關節運 | 15-30 | 20 | 15-30 | 20 |
| PTM6 | 牽拉運動 | 15-30 | 20 | 15-30 | 20 |
| PTM7 | 運動治療 | 10-30 | 20 | 15-30 | 20 |
| PTM8 | 傾斜台訓練 | 20-40 | 20 | 20-40 | 20 |
| PTM9 | 肌力訓練 | 15-30 | 20 | 15-30 | 20 |
| PTM10 | 耐力訓練 | 15-30 | 20 | 15-30 | 20 |
| PTM11 | 按摩 | 10-20 | 10 | 10-20 | 10 |
| PTM12 | 鬆動術 | 15-30 | 15 | -- | -- |

各項物理治療花費工時

| 代號 | 名稱 | 人工花費 | | 機器操作 | |
|--------|--------|-------|----|-------|----|
| | | 範圍 | 平均 | 範圍 | 平均 |
| PTM13 | 姿態訓練 | 15-30 | 20 | -- | -- |
| PTC1 | 促進技術 | 20-30 | 20 | -- | -- |
| PTC2 | 平衡訓練 | 20-30 | 20 | -- | -- |
| PTC3 | 義肢訓練 | 20-30 | 20 | -- | -- |
| PTC4 | 等速肌力訓練 | 20-30 | 20 | 20-30 | 20 |
| PTC5 | 心肺功能訓練 | 20-30 | 20 | -- | -- |
| PTC6 | 行走訓練 | 20-30 | 20 | -- | -- |
| 42016C | 物理治療評估 | 20-45 | 30 | -- | -- |

PTC1-PTC6可能合併實施其他物理治療項目，惟不另計費用。

復健治療積極治療療程 (110/6/1)

| 適應症 | 黃金治療療程 |
|--|-------------|
| (一)腦血管意外 cerebrovascular accidents (CVA) | 6個月 |
| 1. 輕癱 | 12個月 |
| 2. 偏癱 | |
| (二)頸部症候群 cervical syndrome | 3個月 |
| (三)下背症候群 low back syndrome | 3個月 |
| (四)脊索(髓)傷害 spinal cord injury | 6個月 |
| 1. 下半身癱 | 12個月 |
| 2. 四肢癱 | |
| (五)截肢 amputation | 2個月 |
| 1. BK 或 BE | 3個月 |
| 2. AK 或 AE | |
| (六)冷凍肩(五十肩) frozen shoulder | 6個月 |
| (七)顏面麻痺 facial palsy | 3個月 |
| (八)關節炎 arthritis | 3個月 |
| (九)骨折 fractures | 6個月 |
| (十)其他骨科疾病 other orthopaedic disease 肌腱炎 | 1個月 |
| (十一)扭傷與挫傷 sprain & strain | 1.5-3個月 |
| 1. 膝內障 | 1.5-3個月 |
| 2. 踝扭傷 | 1個月 |
| 3. 其他扭傷或挫傷 | |
| (十二)腦性麻痺 cerebral palsy | 依臨床實際需要 |
| (十三)頭部外傷 head injury | 6個月 |
| 1. 下半身癱 | 12個月 |
| 2. 四肢癱 | |
| (十四)脊髓灰質炎, 小兒麻痺 poliomyelitis | 依臨床實際需要 |
| (十五)周邊神經傷害(肌肉麻痺) Peripheral nerves injury | 3個月 |
| 1. 單一周圍神經(peroneal、ulnar、median、radial) | 6-9個月 |
| 2. 臂神經叢 | |
| (十六)其他神經疾病 other neurological disease | 申報費用時附專案申請書 |
| (十七)全人工膝(股)關節—換術後 total hip & knee | 3個月 |
| (十八)胸腔復健 chest rehabilitation | |
| 1. 胸腔手術前後 pre & post chest operation | 3個月 |
| 2. 慢性阻塞性肺疾病 COPD | 3個月 |
| (十九)其他 others | 申報費用時附專案申請書 |

附表十六

物理治療綜合評估表

評估日期____年____月____日

(參考使用說明) 神經骨科心肺小兒其他 評估表試用版

| 項目號碼 | 項目名稱 | 無障礙請打勾 | 有障礙之簡單評估 | 有障礙需詳細評估 (請附詳細評估紀錄) |
|------|--------------------------|--------------------------|--|-------------------------|
| 1 | 警覺性、注意力、認知行為與配合度 (COG_G) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 嗜睡, <input type="checkbox"/> 混淆, <input type="checkbox"/> 昏迷, <input type="checkbox"/> 對外界完全無反應, <input type="checkbox"/> 失智症, <input type="checkbox"/> 低智商, <input type="checkbox"/> 注意力不集中, <input type="checkbox"/> 情緒障礙, <input type="checkbox"/> 無法表達自己之意見, <input type="checkbox"/> 無法了解簡單之指令, <input type="checkbox"/> 較缺乏主動參與治療的意願, <input type="checkbox"/> 其他 | 1A 1B |
| 2 | 關節活動度(ROM_G) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 有輕微限制但無功能障礙 <input type="checkbox"/> 明顯關節攣縮: (關節活動度1. 完全限制(0-20%); 2. 很有限制(21-40%); 3. 中等程度限制(41-70%); 4. 有一點限制(71-90%)) <input type="checkbox"/> 全身關節, <input type="checkbox"/> 左上肢, <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢, <input type="checkbox"/> 右下肢, <input type="checkbox"/> 頸椎, <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 其他 | 2A 2B 2C |
| 3 | 肌肉力量、肌肉表現(MUSCLE_G) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 全身虛弱 <input type="checkbox"/> 左上肢____級, <input type="checkbox"/> 左下肢____級, <input type="checkbox"/> 右上肢____級, <input type="checkbox"/> 右下肢____級, <input type="checkbox"/> 其他 | 3A、3B 3C、3D 3E、3F |
| 4 | 感覺功能、疼痛(SEN_G) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 視覺障礙, <input type="checkbox"/> 聽覺障礙, <input type="checkbox"/> 前庭覺障礙, <input type="checkbox"/> 本體覺障礙, <input type="checkbox"/> 觸覺障礙 疼痛部位: <input type="checkbox"/> 左上肢, <input type="checkbox"/> 左下肢, <input type="checkbox"/> 右上肢, <input type="checkbox"/> 右下肢, <input type="checkbox"/> 頸部, <input type="checkbox"/> 腰部, <input type="checkbox"/> 胸部 其他異常: <input type="checkbox"/> 左上肢, <input type="checkbox"/> 左下肢, <input type="checkbox"/> 右上肢, <input type="checkbox"/> 右下肢, <input type="checkbox"/> 臉, <input type="checkbox"/> 口部 | 4A 4B |
| 5 | 動作功能、平衡、姿勢與步態 (MOTOR_G) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 床上活動困難 <input type="checkbox"/> 轉位困難 <input type="checkbox"/> 坐之功能異常 <input type="checkbox"/> 站之功能異常 <input type="checkbox"/> 走不穩 <input type="checkbox"/> 上肢功能受限 <input type="checkbox"/> 姿勢或動作型態異常 | 5A |

| | | | |
|---|--------------------|---|-------|
| | | <input type="checkbox"/> 其他 | |
| 6 | 運動能力、耐力(AERO_G) | <input type="checkbox"/> 多半時間在床上 | 6A、6B |
| | | <input type="checkbox"/> 無法在自宅四周活動 <input type="checkbox"/> 無法在社區活動 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| 7 | 維生系統、輔具與環境(Device) | <input type="checkbox"/> 備有輔具【寫1】；已有輔具，但使用不良【寫2】或需要輔具【寫3】 <input type="checkbox"/> 單拐， <input type="checkbox"/> 四腳拐， <input type="checkbox"/> 四腳助行器， <input type="checkbox"/> 有輪助行器， <input type="checkbox"/> 特殊推車， <input type="checkbox"/> 擺位輔具 <input type="checkbox"/> 輪椅， <input type="checkbox"/> 足踝裝具， <input type="checkbox"/> 膝踝足裝具， <input type="checkbox"/> 頸圈， <input type="checkbox"/> 束腹或背架， <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 環境協助【請打✓】 <input type="checkbox"/> 24小時需看護， <input type="checkbox"/> 部份時間需看護， <input type="checkbox"/> 出門困難， <input type="checkbox"/> 其他用品【請打✓】 <input type="checkbox"/> 氣切， <input type="checkbox"/> 鼻胃管， <input type="checkbox"/> 尿管， <input type="checkbox"/> 尿布， <input type="checkbox"/> 呼吸器， <input type="checkbox"/> 使用氧氣 <input type="checkbox"/> 其他請註明： | 7A |
| 8 | 專科特殊檢查(SPEC_G) | <input type="checkbox"/> 請註明： | |

1A：意識、注意力、記憶、攻擊行為

1B：兒童認知發展測量工具

2A：主動(被動)關節活動度

2B：肌長度

2C：關節內動作(joint play)檢查

3A：徒手肌力測試

3B：臉部肌肉肌力

3C：阻力測試

3D：兒童肌力測試

3E：肌肉張力評估

3F：肌腱反射評估

4A：一般感覺功能評估

4B：疼痛評估

5A：功能評估

6A：實驗室檢查結果

6B：一般心肺功能評估

6C：藥物使用

6D：心肺疾患危險性評估

6E：簡易之肌耐力測試

6F：簡易有氧運動耐力測試

7A：輔具需求評估

附表詳見(P89至 P155)：行政院衛生署八十八下半年及八十九年度委託研究計劃之“物理治療前瞻支付制度規劃含(特約物理治療所)作業”委託研究報告

物理治療目標設定與治療計畫擬定：（請勾選適當項目）

| 物理治療目標 | | 物理治療計畫 |
|--|--|--|
| <p>家屬與病人期望：</p> <p><input type="radio"/>減低依賴度</p> <p><input type="radio"/>具生活自理之能力</p> <p><input type="radio"/>減少併發症</p> <p><input type="radio"/>能出門活動</p> <p><input type="radio"/>能恢復上學、上班或持家等角色</p> <p><input type="radio"/>其他</p> | <p>治療師預期達成目標：</p> <p><input type="radio"/>減低依賴度</p> <p><input type="radio"/>具生活自理之能力</p> <p><input type="radio"/>減少併發症</p> <p><input type="radio"/>能出門活動</p> <p><input type="radio"/>能恢復上學、上班或持家等角色</p> <p><input type="radio"/>其他</p> | <p>治療安排與項目：</p> <p>· 種類：<input type="checkbox"/>門診 <input type="checkbox"/>住院 <input type="checkbox"/>居家 <input type="checkbox"/>其他</p> <p>· 治療頻率：_____次／每週</p> <p>· 每次治療時間：_____分鐘</p> |
| <p><input type="checkbox"/>促進病患之警覺性、注意力與認知能力</p> <p><input type="checkbox"/>促進關節活動度</p> <p><input type="checkbox"/>避免關節攣縮或變形</p> <p><input type="checkbox"/>增加肌肉伸展度(Muscle flexibility)</p> <p><input type="checkbox"/>促進肌肉力量及表現</p> <p><input type="checkbox"/>避免肌肉萎縮或肌力減退</p> <p><input type="checkbox"/>促進感覺功能</p> <p><input type="checkbox"/>教導適當處置方式以避免皮膚受傷害</p> <p><input type="checkbox"/>減輕疼痛</p> <p><input type="checkbox"/>增進下肢動作功能，包括：</p> <p><input type="checkbox"/>床上活動能力</p> <p><input type="checkbox"/>轉位能力</p> <p><input type="checkbox"/>平衡功能</p> <p><input type="checkbox"/>行走功能</p> <p><input type="checkbox"/>增進上肢動作功能及日常生活功能自理能力</p> <p><input type="checkbox"/>增進動作發展或正確動作模式</p> <p><input type="checkbox"/>促進有氧運動能力及耐力</p> <p><input type="checkbox"/>輔具評估及建議</p> <p><input type="checkbox"/>環境評估與促進環境整合、家屬教育等</p> <p><input type="checkbox"/>其他</p> | | <p><input type="checkbox"/>提供正向、積極的學習環境或刺激</p> <p><input type="checkbox"/>知覺認知訓練</p> <p><input type="checkbox"/>被動/主動輔助性/主動關節運動</p> <p><input type="checkbox"/>關節鬆動術(Joint mobilization technique)</p> <p><input type="checkbox"/>肌肉伸展運動/肌肉放鬆技巧</p> <p><input type="checkbox"/>肌力增強訓練</p> <p><input type="checkbox"/>電刺激</p> <p><input type="checkbox"/>感覺處理技術</p> <p><input type="checkbox"/>教導正確翻身/擺位技巧、自我皮膚檢查方法</p> <p><input type="checkbox"/>儀器治療</p> <p><input type="checkbox"/>教導日常生活正確姿勢與技巧</p> <p><input type="checkbox"/>床上活動訓練</p> <p><input type="checkbox"/>轉位訓練</p> <p><input type="checkbox"/>輪椅活動訓練</p> <p><input type="checkbox"/>坐姿/站姿姿勢矯正、靜/動態平衡訓練、坐◎站訓練</p> <p><input type="checkbox"/>步態矯正、步行輔具行走訓練〈含平地、樓梯、斜坡、不平路面的訓練〉、步行速度訓練</p> <p><input type="checkbox"/>日常生活功能訓練，如：進食、梳洗、穿脫衣物、洗澡、如廁等</p> <p><input type="checkbox"/>發展增進技術</p> <p><input type="checkbox"/>誘發技術、反射抑制技術</p> <p><input type="checkbox"/>動作(再)學習技巧、工作取向訓練、運用正確生物力學原則</p> <p><input type="checkbox"/>動作協調訓練</p> <p><input type="checkbox"/>腳踏車、跑步機、上肢運動器訓練</p> <p><input type="checkbox"/>輔具處方及教導使用技巧</p> <p><input type="checkbox"/>居家環境評估、環境調整建議、居家治療計畫之擬定與訓練</p> <p><input type="checkbox"/>其他</p> |

附表十七

麻醉前評估

姓名 _____ 男 女 病歷號碼 _____ 年齡 _____ 身份 健保 一般

科別 _____ 床號 _____ 手術名稱 _____ 手術日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| 病患自我評估 | 病患之基本資料 |
|--|---|
| <p>為了提供更安全舒適的手術麻醉，希望您能確實填寫，並請詳閱“麻醉同意書說明及注意事項”，如有其他問題，請在麻醉醫師術前評估時當面提出。</p> <p>是否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>1. 是否曾經接受過任何麻醉(<input type="checkbox"/>全身麻醉<input type="checkbox"/>硬脊膜外麻醉<input type="checkbox"/>半身麻醉<input type="checkbox"/>其他)</p> <p>2. 是否曾患以下的疾病</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>心臟病(如心絞痛、心衰竭、高血壓)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>肝臟病(如肝炎、膽道結石等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>腎臟病(如腎炎、尿毒等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>血液病(如貧血、白血病等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>胸腔病(如結核、氣喘等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>腦血管病變(中風)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>惡性腫瘤</p> <p>3. 目前是否有使用下列藥物</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>止痛劑(如阿斯匹靈)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>抗凝血劑</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>抗高血壓藥物</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>利尿劑</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>心臟病藥物(如救心等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>抗過敏或排斥藥物</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>類固醇藥物(包括中藥、黑藥丸等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>是否曾有藥物過敏狀況?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>4. 你或你家人中是否曾有異常出血情形(如拔身後流血不止)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>5. 目前是否已懷孕。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>6. 最近一週內有否感冒。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>7. 身上有否任何人造物體(義眼、義肢、假牙：<input type="checkbox"/>固定 <input type="checkbox"/>活動)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>8. 是否有抽煙、嗜酒的情況?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>9. 是否有患癲癇、中風昏眩等。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>10. 是否有精神病史。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>11. 是否有家族性高體溫。</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>12. 是否有其他疾病或身體不適需告知醫師，請說明_____。</p> | <p>1. E. K. G. :</p> <p>2. X-ray :</p> <p>3. 生化檢查 :</p> <p>4. 其他 :</p> |
| | <p style="text-align: center;">麻醉專科醫師綜合意見</p> <p>麻醉危險分級(ASA) <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI</p> <p>是否為急診手術 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>麻醉方式</p> <p><input type="checkbox"/>96004C 靜脈或肌肉麻醉</p> <p><input type="checkbox"/>96005C 硬脊膜外麻醉</p> <p><input type="checkbox"/>96007C 脊髓麻醉</p> <p><input type="checkbox"/>96011C 臂神經叢阻斷術(含 i. v. regional)</p> <p><input type="checkbox"/>96013C 尾椎麻醉</p> <p><input type="checkbox"/>96017C 面罩式全身麻醉</p> <p><input type="checkbox"/>96020C 插管全身麻醉</p> <p>麻醉醫師簽章：_____</p> <p>麻醉專科醫師證號：麻專醫字第 _____ 號</p> |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|----------|------------------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|------------------|--|-------|--|--|
| 姓名 | SEX | HT | <<<<<>>>醫院麻醉醫療記錄 | | | | | | | | | | DATE | | OR() | | |
| 病歷號 | AGE | WT. | | | | | | | | | | | ANESTHESIOLOGIST | | | | |
| 科別 床號 | NPO | Y/N | SURGEON | | | | | ANESTHETIC NURSE | | | | | PRE-OP CONDITION | | | | |
| ASA 1 2 3 4 5 6 | A.B 0 AB RH +/- | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRE-OP DX | | | PROCEDURE | | | | | | | | | | | | | | |
| ANES METHOD | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTUBATION S. # C. X. A. B. F. L. cm N. O. D. T. | AGENTS | | N2O O2 | | | | | | | | | | | | | | |
| PREMEDICATION | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDUCTION | FLUID | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBL | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | URINE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SpO2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ETCO2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TIME | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | BP | °C | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HR | 38 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | BT | 36 | 200 | | | | | | | | | | | | | | |
| | ANESX | 34 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IN-/ | 32 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Exiube | 30 | 150 | | | | | | | | | | | | | | |
| | ~/v | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | OP | 100 | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONITOR ECG A-LINE NIBP CVP SpO2 PA Cath ETCO2 EEG TEMP TEE | BP | / | | | | | | | | | | | | | | | |
| | mmHg | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HR | 50 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SPONT | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ASSIT | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL INTAKE | /min | | CONTL | | | | | | | | | | | | | | |
| | REMARK | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | POSITION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRYSTALLOID | cc | TV/RR | | | | | | | | | | | | | | | |
| COLLOID | cc | PEAK AWY | | | | | | | | | | | | | | | |
| WHOLE BLOOD | u | CVP | | | | | | | | | | | | | | | |
| PACK RBC | u | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLATELET | u | PH | | | | | | | | | | | | | | | |
| FFP | u | PO2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PCO2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | BE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Na/K | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ca | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL OUTPUT | Hct | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SUGAR | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | COMMAND | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BLOOD LOSS | cc | | | | | | | | | | | | | | | | |
| URINE | cc | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NG | cc | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTHER | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻醉專科醫師簽章 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

本記錄經麻醉醫師學會認證合格印行

附表十八

全民健康保險特定疾病之住院基本要件(105/1/1)

中央健康保險局八十四年二月廿八日健保醫字第八四〇〇一五三八號公告

衛生福利部中央健康保險署104年6月26 日健保審字第1040035724號函令修正

| 序號 | ICD-9-CM | (105.1.1生效) ICD-10-CM/PCS | 主要診斷疾病名稱 | 基本住院要件(符合其中之一) |
|----|----------|------------------------------|--|---|
| 01 | 466 | J20-J21 | 急性支氣管炎 Acute Bronchitis | 一、成人： 發燒超過三天以上 白血球>10000(Seg>80% or Ban>5%) 二、小兒： ①新生兒及早產兒間歇性發燒活動力欠佳，且白血球數約20,000以上或6,000以下 ②嬰幼兒間歇性發燒3天以上且活動力欠佳 ③反覆發燒、發冷合併呼吸急促或四肢發紫等，而查不出原因或有敗血症可能性者 ④發燒及中性白血球數降到1,000/mm，或血小板70,000/mm以下，或有其他免疫障礙 ⑤併發痙攣或意識不正常，但未能證實有中樞神經系統感染者 ⑥營養不良，癌症或其他嚴重慢性病者 |
| | 485 | J18 | 支氣管性肺炎 Bronchopneumonia, Organism Unspecified | |
| | 465 | J06 | 急性上呼吸道感染 Acute Upper Respiratory Infection | |
| | 493 | J45 | 氣喘Asthma | 一、急性發作： ①嘴唇及指趾發紫 ②精神或意識障礙 ③肺功能降低至原最佳數值之70%以下 ④動脈血氧在70 Torr以下，二氧化碳在40 Torr以上 ⑤呼吸困難，對氣管擴張劑或藥物治療之反應不佳者或有氣喘重積狀態 ⑥併發高燒查不出原因者 ⑦併發肺炎 二、慢性發作 ①藥物治療仍無法讓病人進行日常生活 ②日夜肺功能之相差在30%以上 ③有嚴重之先天性心臟病、風濕性心臟病、或慢性肺病者 ④營養不良或其他嚴重慢性病者 |
| | 491 | J41-J42 J44 | 慢性支氣管炎 Chronic Bronchitis | ①有呼吸困難、或意識不清現象 ②有缺氧(PaO ₂ <60)、或呼吸次數>30次/min ③併發細菌感染者 |
| 02 | 592 | N20 N22 | 腎結石 Renal Satone 輸尿管結石Ureter Stone (include stone street | ①合併阻塞性腎病變(腎水腫或腎臟功能減退或電解質異常) ②合併有感染 |

| 序號 | ICD-9-CM | (105.1.1生效) ICD-10-CM/PCS | 主要診斷疾病名稱 | 基本住院要件(符合其中之一) |
|----|--------------------------|--|---|---|
| | | | after ESWL) | ③合併有頑固性疼痛 ④腎結石如無水腫 a. 結石大小直徑大於等於0.5cm b. 結石小於0.5cm，但位置、型態於三個月內不可能排出 ⑤輸尿管結石如無水腫： 無論結石大小，在四週內於遠端輸尿管無結石移動跡象 |
| 03 | 531 532 533 535 | K25 K26 K27 K29 | 胃潰瘍 Gastric Ulcer 十二指腸潰瘍 Duodenal Ulcer 消化性潰瘍 Peptic Ulcer 胃炎及十二指腸炎 Gastritis and Duodenitis | ①發生出血或穿孔 ②發生腸阻塞現象 ③診斷有惡性傾向者： *經內科適當治療八至十二週後，未能癒合之消化性潰瘍 *經放射線學或內視鏡檢查後發現消化性潰瘍有下列病徵者： a. 潰瘍週圍之粘膜襞形成結節狀、杵狀、融合、突然中斷。 b. 潰瘍邊緣隆起、增厚、不規則或形成腫瘤。 c. 經組織細胞學診斷為胃粘膜異常發生或疑有惡性細胞者。 ④潰瘍頑固疼痛無法進食者 ⑤潰瘍急性發作時持續噁吐無法進食者 |
| 04 | 571 | K70 K73 K74 K75.4 K75.81 K76.0 K76.89 K76.9 | 肝硬化 Liver Cirrhosis 肝炎 Hepatitis | ①急性肝炎發作SGPT>300以上，或 Bilirubin >3以上 ②發生肝昏迷、或肝腎衰竭、或低血糖、或腹水現象 ③有出血或其他併發症者 ④須作特殊治療或檢查者 |
| 05 | 386 | H81-H83 | 暈眩症 Vertiginous syndromes and other Disease of Vestibular system | ①眩暈發作致行動不便或併持續性嘔吐而無法進食或併急性聽力喪失 ②明顯自發眼振或兩側性注射眼振 ③神經耳科學檢查出現耳神經病變者 ④需實施外科手術治療者 |
| 06 | 583 | N05-N07 N14-N16 | 腎炎及腎病變 Nephritis and Nephropathy | ①有血尿、或蛋白尿，須作特殊檢查者 ②有水腫對治療反應不佳、或有電解質異常、或酸鹼度不平衡須接受治療者 ③其他腎功能不全傾向者或迅速惡化者 |
| 07 | 595 597 599.0 | N30 N34 N39.0 | 尿路感染 U. T. I： 膀胱炎 Cystitis 尿道炎 Urethritis 尿道感染 | ①有發燒及頻尿經藥物治療三日以上仍未改善者 ②有菌血症傾向 ③經常復發或有其他併發症或疑有先天性異常須住院檢查者 |
| 08 | 401 402 | I10 I11 | 自發性高血壓 Essential Hypertension 高血壓性心臟病 Hypertensive Heart | ①高血壓危機(Hypertensive crisis) ②併有心臟衰竭、或腎功能不全者 ③懷疑2°高血壓 |

| 序號 | ICD-9-CM | (105.1.1生效) ICD-10-CM/PCS | 主要診斷疾病名稱 | 基本住院要件(符合其中之一) |
|----|-------------------|--|--|---|
| | | | Disease | |
| 09 | 850 854 873 | S06.0 S06.1-S06.3 S06.8-S06.9 S01.0 S01.2 S01.4-S01.9 S03.2 S08.0 S08.8 S09.12 S09.8-S09.90 S09.93 (前述第7位碼皆須 為"A") S02.5(第7位碼 皆須為"A、 B") | 腦震盪 Concussion 臚內損傷 Intracranial Injury 無合併症之頭蓋傷 Other Open Wound of Head | 頭部外傷住院要件： ①Glasgow Coma Scale低於十三分(含) 以下者 ②理學檢查X光檢查發現顱骨骨折者 ③電腦斷層等檢查發現顱內病變者 ④65歲以上或6歲以下，並有嚴重頭痛與 嘔吐者 ⑤外傷後曾經有過記憶喪失或意識障礙 者 ⑥外傷後曾經有過神經系統障礙如失語 症、運動或知覺障礙者 ⑦外傷後曾發生癲癇症狀者 ⑧有頭部硬直或腦膜刺激症狀者 |
| 10 | 922 | S20.0 S20.2 S30.0-S30.3 (前述第7位碼皆須 為"A") | 軀幹挫傷 Contusion of Trunk | ①淤傷面積大於10x5公分者 ②產生Rhabdomyolysis者 懷疑合併腹膜炎、腹內出血者 |
| | 891 | S81.0-S81.8 S86.0-S86.9 S86.02 S86.12 S86.22 S86.32 S86.82 S86.92 S91.0 S96.02 S96.12 S96.22 S96.82 S96.92 (前述第7位碼皆須 為"A") | 膝、腿(大腿除外)及踝 之外傷 Open Wound of knee, Leg (except Thigh) and Ankle | ①傷口長度大於10公分或深度大於2公分 ②產生Avulsion Flap、或Tendon Rupture、或Hemoarthrosis者 ③合併有神經或血管損傷或骨折者 ④為動物咬傷引起全身性不良反應者 ⑤大於65歲，傷口大於5公分者 ⑥病人凝血因素異常者 ⑦受傷過程曾因失血過多產生休克或昏 厥者 ⑧病患合併有心、肺、肝、腎功能不全 者 |

附表十九 (97/5/1)

肝庇護劑審查注意事項

- A. GOT、GPT 正常，不得使用肝庇護劑
- B. GOT、GPT > 正常2倍時，不論 HBV or HCV (+) 或 (-) 皆可使用
- C. GOT GPT 異常但 < 正常2倍時，須加上 HBV or HCV 陽性
- D. 須檢附三個月內之檢驗報告。
- E. 1倍或2倍係指大於或等於檢驗值上限者為1倍；大於或等於檢驗值上限二倍者即為2倍。

附表二十 删除(102/3/1)

附表二十一

高血脂症用藥指引 刪除(99/4/1)

附表二十二 刪除(99/7/1)

全民健康保險西醫基層總額降尿酸藥物使用建議表

| | 血中尿酸值 | | 給付規定 |
|-------------|------------------------|------------------------|---|
| | 起步治療標準 | 治療目標 | |
| 無痛風相關病症發作史者 | $\geq 9.0\text{mg/dl}$ | $\leq 7.0\text{mg/dl}$ | 若接受藥物治療後，建議每三個月抽血檢查一次，已達治療目標建議停藥，3至6個月後再抽血評估。 (106/1/1) |
| 曾經有過痛風相關病史者 | \geq 正常值 | $\leq 5\text{ mg/dl}$ | 若接受藥物治療後，建議每六個月抽血檢查一次，若半年內無痛風相關症狀發作且血中尿酸值達治療目標以下（ $\leq 5\text{ mg/dl}$ ），建議減量給藥。 |