

門診醫療服務醫令清單媒體申報格式及填表說明

98.10.1 更新版

(檔案名稱: ORDFA, 每筆長度 378 BYTES)

(網底為本次修正部分)

項次	資料名稱	格式	中文名稱/資料說明
====	=====	====	=====
*01	資料格式	X(02)	"12"表門診醫療服務醫令清單資料格式
*02	醫事服務機構代號	X(10)	衛生署編定之代碼
*03	費用年月	9(05)	前三碼為年份,後二碼為月份
*04	申報類別	X(01)	1:送核 2:補報
*05◆	案件分類	X(02)	01:西醫一般案件 02:西醫急診 03:西醫門診手術 04:西醫慢性病 05:洗腎 06:結核病 08:慢性病連續處方調劑 09:西醫其他專案 A1:居家照護 A2:精神疾病社區復健 A3:預防保健 A5:安寧居家療護 A6:護理之家居家照護 A7:安養、養護機構院民之居家照護 (88.1 增訂) B1:代辦性病患者全面篩檢愛滋病毒計畫(97.6 增訂) B6:職災案件(91.01 增訂) B7:代辦門診戒菸(91.09 增訂) B8:代辦精神科強制住院(92.06 增訂) B9:代辦孕婦全面篩檢愛滋計畫(94.2.1 增訂) C1:論病例計酬案件 C4:代辦無健保結核病患就醫案件(96.7 增訂) D1:代辦愛滋病案件(94.2 起代辦) D2:代辦 65 歲以上老人流行性感冒疫苗接種(87.10 增訂,95.1 起代辦) D4:資源缺乏地區鼓勵加成計畫之醫療費用點數(90.7 增訂) E1:支付制度試辦計畫(90.10 增訂) HN:代辦流感病毒抗原快速篩檢(98.8.1 增訂) 11:牙醫一般案件 12:牙醫急診 13:牙醫門診手術

			14:牙醫師至無牙醫鄉服務獎勵措施
			16:牙醫特殊專案醫療服務項目
			19: 牙醫其他專案
			21:中醫一般案件 22:中醫其他專案
			23:中醫現代科技加強醫療服務方案(93.7 增訂)
			24:中醫慢性病
			25:中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務 (92.5 增訂)
			26:中醫針灸作業醫療品質提升計畫案(93.7 增訂)
			27:中醫複雜性傷科案件 (97.1 修訂) _
			28:中醫慢性病連續處方調劑 (88.9 增訂)
			29:中醫針灸、傷科及脫臼整復
*06	流水號	9(06)	右靠不足補 0, 請依案件分類之類別分別連續編號, 本欄須與門診處方及治療同筆資料之流水號一致
*07	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
08	保留欄位	X(2)	補空白
08-0	各項藥品給藥日份	9(10)	當項次 09「醫令類別」為「1:用藥明細」或「4:不得另計價之藥品、檢驗(查)或診療項目」, 且項次 10「藥品(項目)代號」欄位填寫全民健保藥品支付標準碼(10 碼)需填各項藥品給藥日份, 每筆醫令使用 2 碼, 依序填入。項次 09「醫令類別」非「1:用藥明細」及「4:不得另計價之藥品、檢驗(查)或診療項目」, 或者項次 10「藥品(項目)代號」非全民健保藥品支付標準碼時, 請填報 00, 詳註 11 之範例說明。
△08-1	醫令調劑方式	X(01)	0:自行調劑、檢驗(查)或物理治療 1:交付調劑、檢驗(查)或物理治療 2:委託其他醫事機構代檢 3:接受其他院所委託代檢 (95.7 新增代碼 2, 3) 醫令類別為用藥明細、檢驗

	(查)或物理治療，本欄為必要欄位，其他醫令類別免填
△08-2 發給慢性病連續處方箋	X(01) Y:是 N:否
*09 醫令類別	X(01) 0:診察費 1:用藥明細 2:診療明細 3:特殊材料 4:不得另計價之藥品、檢驗(查)或診療項目(5:EPO注射 6:HCT檢驗) 7:代檢(95.7刪除) 8:器官捐贈 9:藥事服務費
*10 藥品(項目)代號	X(12) 填寫全民健保藥品或醫療費用支付標準碼或特殊材料代碼
△11-1-1 藥品用量	9(04)v99 起始位置為第 64 BYTE 依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入，若醫令為藥品時，此欄為必要欄位，(填藥品一次之劑量)， 右靠不足前補 0
△11-2-1 診療之部位	X(06) 1、起始位置為第 64 BYTE, (REDEFINE 欄位) 2、若醫令為診療時，牙科為必要欄位，標示牙齒部位(牙齒部位編碼，請參照 FDI 及註 5 牙位表示法)，每次醫令最多填三個編碼。 3、若醫令代碼為註9之診療項目者，則此欄為必要欄位。診療之部位代碼：右側填R、左側填L、雙側填B。 4、左靠不足補空白，中醫免填。
△11-1-2 藥品使用頻率	X(18) 起始位置為第 70 BYTE 本欄請左靠不足補空白， 依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入，若醫令為藥品時，此欄為必要欄位。 97.4 增訂居家訪視費應逐筆填報訪視人員代號及訪視日期，前 10 碼填報身分證號、7 碼填報訪視日期(如 N1112677590970401)，最後 1 碼補空白。(另註：70 BYTE，REDEFINE 欄位支付成數免填)
△11-2-2 診療之支付成數	X(03) 起始位置第 70 BYTE, (REDEFINE 欄位) 若醫令為診療或特材時(醫令代碼 2, 3, 7, 8)， 此欄表示全民健保醫療費用支付標準表規定之

~~檢查、急診項目、麻醉材料之診療項目有加成或折扣者，按成數填報，支付成數，取至小數點下二位，第三位四捨五入(如：加二成表示為 120, 無加成為 100, 打八折為 080), 其它無加成填 100。~~

△11-1-3 給藥途徑/作用部位	X(04)	起始位置為第 88 BYTE 本欄請左靠不足補空白， 依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入，若醫令為藥品時，此欄為必要欄位，
*12 總量	9(05)v9	起始位置為第 92 BYTE 取至小數點下一位，第二位四捨五入 五位整數，一位小數右靠，小數點不需表示
△13 單價	9(07)v99	取至小數點下二位，第三位四捨五入 七位整數，二位小數右靠，小數點不需表示。
*14 點數	9(08)	八位整數，小數點後四捨五入， 總量乘單價，並加成計算至元整數(點)為止。

- ====
- 註 1: 每筆可申報 5 次醫令(第 8-1 項至第 14 項重複輸入)超過 5 次者寫入下一筆，不足者請補空白
- 註 2: 各項次資料請務必詳實填寫，如經檢核有錯誤者，將以退件處理。
- 註 3: 符號*表示該欄為必要欄位，△表示該項次說明欄未註明非必要欄位或免填者，皆為必要欄位。
- 註 4: 醫令類別補充說明：

依規定不得另行計價之藥品或診療項目(如論病例計酬案件包含於定額之項目、居家照護之特殊照護項目、洗腎包含於定額 4100 元之項目、中醫及一般案件或交付處方之用藥品項等)申報時醫令類別請填 4; 不包含於定額費用內可另行計價之項目，餘請依醫令類別 1, 2, 3 選擇適當類別申報計價費用。

例 1: 中醫以給藥日份乘上定額每日藥價來申報藥費(醫令類別為 1, 單價及金額依支付標準所列代碼填列), 而實際開給之中藥品項請以醫令類別 4 列報, 單價及金額請填 0。

例 2: 洗腎以定額 4100 元來申報(醫令類別為 2, 其代碼、單價及金額依支付標準碼所列填列), 而實際之處置、用藥品項請以醫令類別 4 列報, 單價及金額請填 0。

- 註 5: 牙齒部位: 除參照 FDI 牙位表示法外

全口以"FM"表示； 上半口以"UB"表示；下半口以"LB"表示；
 上半右口以"UR"表示；上半左口以"UL"表示；上顎前齒部位以"UA"表示；
 下半右口以"LR"表示；下半左口以"LL"表示；下顎前齒部位以"LA"表示；
 無法表示之部位請以 '99' 表示

註 6:處方交付調劑之個案,請依本局所公告之醫療服務點數及醫令清單書面申報格式列印出來,交給病患至特約藥局調劑。

註 7: 如為一般案件(項目代號 MA1-MA4)醫令類別為 1, 藥品用量(項次 11-1-1)、使用頻率(項次 11-1-2)、給藥途徑(項次 11-1-3)免填。

註 8: 採一般案件(案件分類 01)申報案件,其「醫療服務醫令清單」欄位,應填當次處方之藥品名稱、用法(含劑型、劑量規格、給藥頻率、給藥途徑等)、日份,藥品單價請填 0。

注意事項:如醫令資料不足五筆,(如 REPEAT 2 筆藥品醫令),其餘之 3 筆,全部欄位請補足空白

註 9: 「門診醫療服務醫令清單」之項次 11-2-1「診療之部位」欄位,申報方式如下:

治療處置、手術及檢查(檢驗)加註診療之部位醫令代碼一覽表

全	支付標準代碼	診療項目	診療部位代碼
膝關節置換術	64202B	人工全膝關節再置換	R:右側
	64164B	全膝關節置換術	L:左側
	97805K	全膝關節置換術(單側)(住院)	B:雙側
	97806A	全膝關節置換術(單側)(住院)	
	97807B	全膝關節置換術(單側)(住院)	
全股關節置換術	64201B	人工全髖關節再置換	
	64162B	全股關節置換術	
	97801K	全股關節置換術(單側)(住院)	
	97802A	全股關節置換術(單側)(住院)	
	97803B	全股關節置換術(單側)(住院)	
	97811K	全股關節置換術(雙側)(住院)	
	97812A	全股關節置換術(雙側)(住院)	
白內障手術	86007C	水晶體囊外(內)摘除術	
	86008C	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術	
	86011C	人工水晶體植入術—第一次植入	
	86012C	人工水晶體植入術—第二次植入	
	86013C	人工水晶體植入術—調整術	
	97601K	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術	
	97602A	(單側)(住院)	
	97603B		
	97605K	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術	
	97606A	(單側)(門診)	
	97607B		
	97608C		

尿路結石體外震波碎石術	支付標準代碼	診療項目	診療部位代碼
	50023B	尿路結石體外震波碎石術 第一次	R:右側
	50024B	尿路結石體外震波碎石術 第二次	L:左側
	97405K	尿路結石體外震波碎石術（單側）（門診）	B:雙側
	97406A	尿路結石體外震波碎石術（單側）（門診）	
	97407K	尿路結石體外震波碎石術（雙側）（門診）	
	97408A	尿路結石體外震波碎石術（雙側）（門診）	
	97409K	尿路結石體外震波碎石術（三十日內施行第二次，單側）（門診）	
	97410A	尿路結石體外震波碎石術（三十日內施行第二次，單側）（門診）	
	97411K	尿路結石體外震波碎石術（三十日內施行第二次，雙側）（門診）	
	97412A	尿路結石體外震波碎石術（三十日內施行第二次，雙側）（門診）	
全身型及頭部型電腦斷層造影	支付標準代碼	診療項目	診療部位代碼
	33070B	無造影劑-全身型	H：頭部
	33071B	有造影劑-全身型	A：頸部
	33072B	有/無造影劑-全身型	F：頭頸部
	33067B	無造影劑-頭部型	U：胸部
	33068B	有造影劑-頭部型	N：頸椎
	33069B	有/無造影劑-頭部型	J：胸椎
磁共振造影	33084B	無造影劑	K：腰椎
	33085B	有造影劑	G：胸部及上腹部
			C：上腹部
			I：上腹部及骨盆腔
			P：骨盆腔
			E：肢部
			Q：臂神經血管叢
			M：骨骼肌肉系統
			V：心血管系統
			S：MRS(磁振頻譜)
			T：MRA(磁振血管攝影)
			O：其他
			依實施部位填寫左靠，不足補空白，白，例如頸椎及胸椎則填NJ，最多申報六個部位。

註 10：97 年 4 月增訂居家照護案件之各次居家訪視費應逐筆填報醫令代碼，並於項次 11-1-2「藥品使用頻率」(格式 X18)之欄位填報訪視人員代號及訪視日期，前 10 碼填報身分證號、7 碼填報訪視日期(如 N1112677590970401)，最後 1 碼補空白。(另註：70 BYTE，REDEFINE 欄位支付成數免填)。

註 11：「門診醫療服務醫令清單」之項次 08-0「各項藥品給藥日份」欄位，申報方式如下：

1. 請依序填入每筆項次 09「醫令類別」為「1:用藥明細」或「4:不得另計價之藥品、檢驗(查)或診療項目」，且項次 10「藥品(項目)代號」填寫全民健保藥品支付標準碼(10 碼)之個別給藥日份，每筆醫令使用 2 碼，醫令類別非藥品或醫令資料不足五筆，該序位或其餘之欄位填報 00。
2. 範例：五筆醫令第一筆之醫令類別為 0：診察費，第二、三筆醫令之醫令類別為 1：用藥明細，且「藥品(項目)代號」欄位填寫為全民健保藥品支付標準碼(10 碼)之藥品，給藥日份分別為 3 天及 30 天，第四筆醫令類別為 2：診療明細，第五筆無資料，則本欄位之填報為 0003300000。

筆數	醫令類別	藥品或醫療費用支付標準碼	各項藥品給藥日份
1	0	00109C	00
2	1	A003092100	03
3	1	B022143100	30
4	2	19001C	00
5	-	-	00

註 12：診察費及藥事服務費之代碼、金額及成數應逐筆填報。