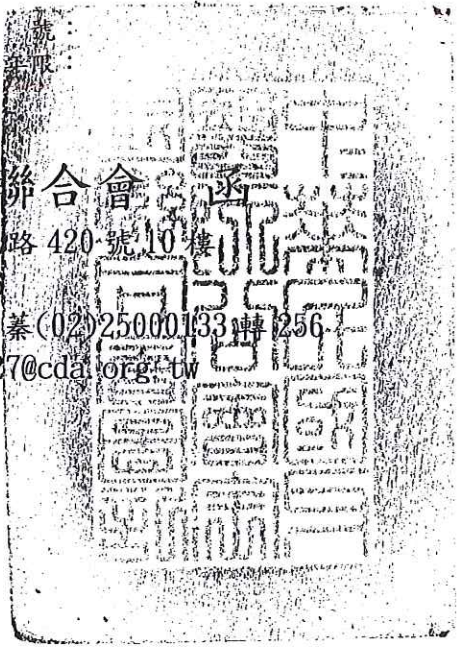


250

檔號：  
保存期限：

# 社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：台北市復興北路420號10樓  
傳真：(02)25000126  
聯絡人及電話：李怡蓁(02)25000133轉256  
電子郵件信箱：j3827@cda.org.tw



受文者：詳如正本收受者

發文日期：中華民國111年3月17日  
發文字號：牙全志字第01071號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：普通  
附件：詳如說明

主旨：檢轉衛生福利部函——修訂「戒菸服務補助計畫作業須知」，並自111年3月1日生效，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、檢附衛生福利部民國111年1月20日國健教字第1110760041A號函——修訂「戒菸服務補助計畫作業須知」，詳如附件一。
- 二、檢附衛生福利部民國111年2月17日國健教字第1110760142號函——戒菸治療療程個案紀錄表增列文字誤植，詳如附件二。

正本：台北市牙醫師公會、新北市牙醫師公會、宜蘭縣牙醫師公會、花蓮縣牙醫師公會、基隆市牙醫師公會、桃園市牙醫師公會、新竹市牙醫師公會、新竹縣牙醫師公會、苗栗縣牙醫師公會、臺中市大臺中牙醫師公會、台中市牙醫師公會、彰化縣牙醫師公會、南投縣牙醫師公會、台南市牙醫師公會、雲林縣牙醫師公會、嘉義縣牙醫師公會、嘉義市牙醫師公會、屏東縣牙醫師公會、高雄市牙醫師公會、澎湖縣牙醫師公會、台東縣牙醫師公會、金門縣牙醫師公會

牙醫全聯會  
校對章(255)



理事長 李進志

本案依照分層負責規定  
授權 口腔衛生會 委員 主委 執行

104  
臺北市中山區復興北路420號10樓

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

710  
台南市永康區中華路196-14號10樓

台南市牙醫師公會

處理日期  
111/03/17

君啟

掛號 第 982804 號



98280410029810710002

收文日期: 111年3月22日	第 250 號	簽章
批示日期: 111年3月22日		
批示項目	<input type="checkbox"/> 存查 <input type="checkbox"/> 轉知 1. 全體會員 2. 學術主委 3. 總務主委 4. 環保主委 5. 口衛主委 6. 聯誼主委 7. 服務主委 8. 資訊主委 9. 偏遠主委 10. 公關主委 11. 法令主委 12. 特種主委	

理事長 王俊凱

花籃禮金 PO 網

副本

檔 號：  
保存年限：

附件一

衛生福利部國民健康署 函

地址：103205 臺北市大同區塔城街36號  
聯絡人：李婉汝  
聯絡電話：02-25220888 分機：592  
傳真：02-2522-0621  
電子郵件：wjlee@hpa.gov.tw

10491



台北市中山區復興北路420號

受文者：中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國111年1月20日  
發文字號：國健教字第1110760041A號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：修訂「戒菸服務補助計畫作業須知」，並自111年3月1日生效，請查照。

說明：

一、依本署「戒菸服務補助計畫契約書」第18條及「戒菸輔助用藥契約調劑藥局約定書」第13條辦理。

二、本次修訂重點摘述說明如下：

(一)第一章「戒菸服務特約機構及戒菸輔助用藥契約調劑藥局」：1.增列戒菸輔助用藥契約調劑藥局之規範；2.簡化及整併申請本計畫之表格及切結書；3.新增機構代碼異動函文範本；4.配合「戒菸服務補助計畫契約書」所定提供戒菸服務人員必須為具效期內戒菸服務資格證明書之醫事人員；5.刪除原須知附錄「醫事機構及醫事人員申請之審查作業原則」，將該原則所定事項納入本章第一節第一

項，載明醫事機構及人員不得申請特約之情事。包括(1)五年內曾受健保停約一年以上或終止特約；停約或終止特約為一部分之科別時，不得申請者，得以該等科別及其執登人員為限。(2)五年內曾因辦理本署戒菸服務補助計畫，受終止特約及移送司法機關偵辦者；於不起訴處分或無罪判決確定後，可解除不得申請之限制。(3)二年內曾因辦理本署戒菸服務補助計畫，受終止特約及懲罰性違約金新臺幣五十萬元以上；或於一年內受終止特約及懲罰性違約金新臺幣十萬元以上；6.增列得申請為「戒菸輔助用藥契約調劑藥局」之相應規定。

(二)第二章「戒菸服務注意事項」：1.連續兩次就診處方或調劑之輔助用藥，不得重疊七日(含)以上；2.刪除原住民身分切結書，同健保就醫須出具戶口名簿；3.明確規範個案接受戒菸服務之簽名不得代簽或補簽；4.戒菸衛教比照戒菸治療之二次服務間隔須四日(含)以上；5.原附錄「戒菸服務品質改善措施」簡化修訂為「戒菸服務專案申請書」，申請調增戒菸服務量時，應載明服務人員數或診次數之變動情形；6.刪除原用藥原則相關細部規範，改敘明用藥應依醫藥專業、個案成癮度及臨床症狀，參照藥品仿單及臨床戒菸服務指引(用藥原則透過醫事人員戒菸服務訓練課程、戒菸服務通訊快報、本署相關網站及公文等方式公告；7.增列三及六個月追蹤個案無人接聽電話時，應

於戒菸資訊系統之「訪談摘要」欄位，載明撥話時間及電話號碼；8.簡化「戒菸治療療程個案紀錄表」及「戒菸衛教療程個案紀錄表」中有關「確實告知接受戒菸治療(衛教)之應注意事項」，增加設定戒菸日之選項及增修表內用字(將表內右上角處「療程初診日期」修正為「初診日期(就診序次1)」，以銜接左下角「就診序次2」；刪除治療療程個案紀錄表內之「不得囑戒菸者自費或自購藥劑、治療材料或自費檢查」、增列「初診第1次用藥以2週為限」)；9.簡化「戒菸服務資訊系統(VPN)資料更正申請單，刪除原併行政審核內容、增列「VPN登錄資料應與申報資料相同」。10.配合健保署自111年1月1日起費用申報受理端(簡稱RAP)檢核比對戶政死亡檔機制，爰增列「追蹤個案已死亡者，不予補助戒菸個案追蹤費(即申報之戒菸個案追蹤費「就醫日期」晚於個案「死亡日期」時，不予補助)」。此項規定自111年1月費用起適用。

(三)第三章「補助基準及申報程序」：1.基於本署已提供補助產檢服務機構執行2次孕婦產前衛教指導(每次100元)，衛教指導內容包括了解是否有吸菸，並對吸菸者提供轉介戒菸服務，爰刪除吸菸孕婦轉介費；2.刪除戒菸專線轉介流程說明及同意書，如有需要，請自本署委託戒菸治療與管理網站下載(<https://ttc.hpa.gov.tw>)。

(四)第四章「申報補助審核及申復程序」：1.刪除原須知附錄

「辦理戒菸服務審查作業原則」，將該原則所定之審核重點納入內文，參照健保規定，增列逾期未提供專業審核所需相關病歷或紀錄表等文件者，不予補助相關申報費用；  
2.新增「行政審核申復申請單」及「專業審核申復申請單」。

(五)第五章「附則」：1.敘明本署得另以公告及函文修正或補充作業須知；2.作業須知相關表單文件如有修正，以本署委託戒菸治療與管理網址揭示為準。

三、旨揭作業須知修正前，如已領有戒菸衛教資格證書之社工師，在證書有效期間內，得繼續辦理該服務，並得接受繼續教育，展延證書效期。

四、請至本署委託戒菸治療與管理網站下載旨揭作業須知，如對旨揭作業須知有疑義，請洽本署戒菸治療與管理窗口(02-2351-0120)。

正本：戒菸服務補助用藥契約調劑藥局

副本：中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫療協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會

署長吳昭軍

戒菸治療療程個案紀錄表

機構名稱		機構代號		初診日期(就診序次1)日期: 年 月 日						
戒菸者基本資料	姓名	身分證字號				手機: 請以手機為主 電話: 請填個人電話 ( )				
	出生日期	民國	年	月	日		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	居住或戶籍地址	市	鄉鎮	村	路		段	巷	弄	號
	縣	市區	里	街						
個案來源	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 藥局 <input type="checkbox"/> 社區 *請勾選或簡述(職場、校園、_____)				特殊身分	<input type="checkbox"/> 孕婦(懷孕 週) <input type="checkbox"/> 原住民				
吸菸狀況	已經吸 年 月, 最近每天 支(尼古丁 <sup>*非必填</sup> mg/支) 是否使用電子煙? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是									
尼古丁成癮度 分 (總計)	尼古丁成癮度分析項目									
	1. 起床後多久吸第一支菸? <input type="checkbox"/> 5分鐘以內(3分) <input type="checkbox"/> 5-30分鐘(2分) <input type="checkbox"/> 31-60分鐘以內(1分) <input type="checkbox"/> 60分鐘以上(0分)									
	2. 在禁菸區不能吸菸會讓你難以忍受嗎? <input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)									
	3. 那根菸是你最難放棄的? <input type="checkbox"/> 早上第一支菸(1分) <input type="checkbox"/> 其他(0分)									
	4. 您一天最多吸幾支菸? <input type="checkbox"/> 31支以上(3分) <input type="checkbox"/> 21-30支(2分) <input type="checkbox"/> 11-20支以上(1分) <input type="checkbox"/> 10支或更少(0分)									
	5. 起床後幾小時內是你一天中吸最多支菸的時候嗎? <input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)									
初診資料	6. 當您嚴重生病, 幾乎整天臥病在床時還吸菸嗎? <input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)									
	設定戒菸日期	<input type="checkbox"/> 已於 年 月 日開始減少菸量, 但仍無法完全不吸菸。 <input type="checkbox"/> 已於 年 月 日開始完全不吸菸, 但有不舒服的尼古丁戒斷症狀。 <input type="checkbox"/> 預定於 年 月 日開始完全不吸菸。		處方品名、總量、週數及相關說明	<input type="checkbox"/> 1週 <input type="checkbox"/> 2週 <input type="checkbox"/> 3週 <input type="checkbox"/> 4週					
	*初診第1次用藥以2週為原則。									
確實告知接受戒菸治療之應注意事項	1. 本人有明確戒菸意願, 接受機構提供之戒菸治療, 同意比照現行健保藥品部分負擔額度, 繳交戒菸藥品部分負擔, 並提供健保卡予機構確認身分。每年最多接受2次療程, 每次療程限8週次, 限於同一機構90天內完成; 若於機構戒菸治療期間, 又另赴其他機構進行戒菸治療, 則視同放棄本次未完成之第1療程, 進入第2療程。如有不符, 本人將依機構、國民健康署或其指定機構通知, 繳回溢領之補助藥品費。 2. 另, 本人同意機構將本人戒菸服務相關病歷資訊提供國民健康署, 由該署或其委託機構、團體進行戒菸相關訪查、電話調查及進行個案資料蒐集。 本人同意以上聲明, 自願接受戒菸治療, 並同意個案資料蒐集利用 個案簽名 醫事人員已告知前開說明 醫事人員簽名或核章									
機構不得擅立名目向個案收費。										
後續就診治療狀況 不得請個案一次簽多次名										
就診序次 2	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1		處方品名、總量	週數	醫事人員 個案簽名 月 日				
	目前吸菸狀況(支/天)	治療說明*2			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					

1. 本表為衛生福利部國民健康署「戒菸服務補助計畫」專用  
2. 本計畫經費來自菸品健康福利捐

後續就診治療狀況(續)					不得請個案一次簽多次名	
就診 序次 3	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事 人員	
				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2			個案 簽名	月 日
就診 序次 4	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事 人員	
				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2			個案 簽名	月 日
就診 序次 5	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事 人員	
				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2			個案 簽名	月 日
就診 序次 6	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事 人員	
				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2			個案 簽名	月 日
就診 序次 7	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事 人員	
				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2			個案 簽名	月 日
就診 序次 8	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事 人員	
				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2			個案 簽名	月 日

備註\*：

- 副作用或戒斷症狀代號 A 焦慮 B 躁動不安 C 注意力不集中 D 心跳變慢 E 食慾增加 F 睡眠障礙 G 頭暈、頭痛 H 疲倦 I 噁心 J 嘔吐 K 腸胃不適 L 皮膚發癢 M 皮膚紅疹 N 其他(請註明) O 無。
- 如有任何其他資訊，例如 CO 檢測值、體重、個案狀況等，可填入「治療說明」。



### 戒菸衛教療程個案紀錄表

機構名稱：		機構代號：		初診日期(就診序次1)日期： 年 月 日	
戒菸者基本資料	姓名	身分證字號		手機：請以手機為主	
	出生日期	民國 年 月 日		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	居住或戶籍地址	市 鄉鎮 村 路 縣 市區 里 街		電話：請填個人電話 ( )	
	個案來源	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 藥局 <input type="checkbox"/> 社區 <small>*請勾選來源(職場、校園、</small>		特殊身分	<input type="checkbox"/> 孕婦(懷孕 週) <input type="checkbox"/> 原住民
目前合併疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 惡性腫瘤 <input type="checkbox"/> 肺部疾病 <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 其他				
初診資料	吸菸狀況	已經吸 年 月，最近每天 支(尼古丁 <sup>*非必算</sup> mg/支) 是否使用電子煙？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
	尼古丁成癮度分(總計)	尼古丁成癮度分析項目			
		1. 起床後多久吸第一支菸？ <input type="checkbox"/> 5分鐘以內(3分) <input type="checkbox"/> 5-30分鐘(2分) <input type="checkbox"/> 31-60分鐘以內(1分) <input type="checkbox"/> 60分鐘以上(0分)			
		2. 在禁菸區不能吸菸會讓你難以忍受嗎？ <input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)			
		3. 那根菸是你最難放棄的？ <input type="checkbox"/> 早上第一支菸(1分) <input type="checkbox"/> 其他(0分)			
		4. 您一天最多吸幾支菸？ <input type="checkbox"/> 31支以上(3分) <input type="checkbox"/> 21-30支(2分) <input type="checkbox"/> 11-20支以上(1分) <input type="checkbox"/> 10支或更少(0分)			
5. 起床後幾小時內是你一天中吸最多支菸的時候嗎？ <input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)					
設定戒菸日期	<input type="checkbox"/> 已於 年 月 日開始減少菸量，但仍無法完全不吸菸。 <input type="checkbox"/> 已於 年 月 日開始完全不吸菸，但有不舒服的尼古丁戒斷症狀。 <input type="checkbox"/> 預定於 年 月 日開始完全不吸菸。		目前使用戒菸藥物	<input type="checkbox"/> 無 尼古丁替代療法： <input type="checkbox"/> 咀嚼錠 <input type="checkbox"/> 口含錠 <input type="checkbox"/> 貼片 <input type="checkbox"/> 吸入劑 <input type="checkbox"/> 其他 非尼古丁藥物： <input type="checkbox"/> Varenicline <input type="checkbox"/> Bupropion	
初診戒菸衛教內容摘要	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*)				
確實告知接受戒菸衛教之應注意事項	1. 本人有明確戒菸意願，同意接受服務人員一對一，面對面之戒菸衛教服務，並為我設立戒菸簡歷，幫助我確立戒菸的理由以及其他相關評估。 2. 每年最多接受2次衛教療程的補助，每次療程限8次衛教、限於同一機構90日內完成；若於機構戒菸衛教期間，又另赴其他機構進行衛教服務，則視同放棄本次未完成之第1療程，進入第2療程。 3. 本人同意機構將本人戒菸服務相關病歷資訊提供國民健康署，由該署或其委託專業機構、團體進行戒菸相關訪查、電話調查及進行個案資料蒐集。  本人同意以上聲明，自願接受戒菸衛教，並同意個案資料蒐集利用 簽署 _____ 醫事人員已告知前開說明 醫事人員簽名或核章 _____				

1. 本表為衛生福利部國民健康署「戒菸服務補助計畫」專用
2. 本計畫經費來自菸品健康福利捐

111/03/1/6

後 續 衛 教 狀 況				不得請個案一次簽多次名	
就診 序次 2	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1		衛教人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)		個案簽名	月 日
就診 序次 3	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1		衛教人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)		個案簽名	月 日
就診 序次 4	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1		衛教人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)		個案簽名	月 日
就診 序次 5	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1		衛教人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)		個案簽名	月 日
就診 序次 6	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1		衛教人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)		個案簽名	月 日
就診 序次 7	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1		衛教人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)		個案簽名	月 日
就診 序次 8	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1		衛教人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)		個案簽名	月 日

備註\*：

- 副作用或戒斷症狀代號：A 焦慮 B 躁動不安 C 注意力不集中 D 心跳變慢 E 食慾增加 F 睡眠障礙 G 頭暈、頭痛 H 疲倦 I 噁心 J 嘔吐 K 腸胃不適 L 皮膚發癢 M 皮膚紅疹 N 其他(請註明) O 無
- 衛教內容代號：
  - 1) 提供戒菸協助：01 強化戒菸意願 02 了解戒菸困難 03 傾聽戒菸歷程；
  - 2) 增強動機：11 表達同理心 12 強化自信 13 關聯性 14 危險性 15 戒菸好處 16 戒菸障礙
  - 3) 剛戒菸者：21 給予肯定 22 了解個案是否感覺到戒菸的好處
  - 4) 處理戒菸遇到的困難：31 戒斷症狀 32 負面情緒 33 體重增加 34 缺乏支持 35 有時又吸

正本

檔 號：  
保存年限：

附  
件  
二

衛生福利部國民健康署 函

地址：103205 臺北市大同區塔城街36號  
聯絡人：李婉汝  
聯絡電話：02-25220888 分機：592  
傳真：02-2522-0621  
電子郵件：wjlee@hpa.gov.tw

10491



台北市中山區復興北路420號

受文者：中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國111年2月17日  
發文字號：國健教字第1110760142號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：勘誤表1份

主旨：有關本署111年1月20日國健教字第1110760041號函之說明  
二、(二)第二章戒菸服務注意事項，戒菸治療療程個案紀錄  
表增列文字誤植，應為「初診第1次用藥以2週為原則」(勘  
誤表如附件)，惠請協助周知所屬會員，請查照。

說明：

- 一、本署前以111年1月20日國健教字第1110760041號函副知貴會  
(諒達)，修訂之「戒菸服務補助計畫作業須知」將於111年3  
月1日生效，惟該文說明二對旨揭增列文字誤植為「初診第1  
次用藥以2週為限」，特此更正。
- 二、本案更正事項已公告於本署網站、「戒菸治療與管理網站」  
及「醫事機構戒菸服務系統」。

正本：台灣醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫療協會、中華民國  
醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全

國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會  
副本：

署長吳昭軍

第2頁 共2頁

衛生福利部國民健康署 111 年 1 月 20 日國健教字第 1110760041 號函

說明二勘誤表(請見標示底線文字)

修正內容	原內容
<p>二、本次修訂重點摘述說明如下：                      (一)第一章…(二)第二章「戒菸服務                      注意事項」：…8. 簡化「戒菸治療                      療程個案紀錄表…增列「初診第 1 次                      用藥以 2 週為<u>原則</u>」)；…(三)…</p>	<p>二、本次修訂重點摘述說明如下：(一)                      第一章…(二)第二章「戒菸服務注意                      事項」：…8. 簡化「戒菸治療療程                      個案紀錄表…增列「初診第 1 次用藥                      以 2 週為<u>限</u>」)；…(三)…</p>

