

451

檔號  
保存年限

# 社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：段友翔(02)25000133 轉 256

電子郵件信箱：sean@cda.org.tw

受文者：詳如正本收受者

發文日期：中華民國 115 年 6 月 4 日

發文字號：牙全岳字第 01476 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：1. 函文影本 2. 發布令影本 3. 「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」修正規定

主旨：函轉衛生福利部公告修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」第六點及第三點附表二之四、附表三之三、附表四之三、附表五之三、附表六之三、附表六之四、附表七之三、附表八之四、附表八之五，業經該部於中華民國 115 年 5 月 27 日以衛授國字第 1151460487 號令修正發布，並自 115 年 1 月 1 日生效，詳如說明段，敬請周知會員，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部 115 年 5 月 27 日衛授國字第 1151460487A 號函辦理。
- 二、檢附衛生福利部函、發布令影本及「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」修正附表，詳如附件。
- 三、本次公告完整內容，請至本會網站(<https://www.cda.org.tw/>)

口腔衛生\政府單位專案計畫下載。

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

牙醫全聯會  
校對章(255)

理事長 陳世岳

本案依照分層負責規定  
授權 口腔衛生委員會 主委決行

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

處理日期  
115/06/05

台南市牙醫師公會

君啟

郵件編號： 1068929-15-360038435

收文日期:	115年6月9日	第451號	簽章
批示日期:	115年6月9日		
批示項目	<input type="checkbox"/> 存查	<input checked="" type="checkbox"/> 轉知	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">理事長林致平</div>
	<input checked="" type="checkbox"/> 全體會員	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 學術主委 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 健保主委 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 環保主委 <input checked="" type="checkbox"/> 5. 口衛主委 <input checked="" type="checkbox"/> 6. 聯誼主委 <input checked="" type="checkbox"/> 7. 總務主委 <input checked="" type="checkbox"/> 8. 資訊主委 <input checked="" type="checkbox"/> 9. 偏遠主委 <input checked="" type="checkbox"/> 10. 公關主委 <input checked="" type="checkbox"/> 11. 法令主委 <input checked="" type="checkbox"/> 12. 特種主委	

花PC  
藍禮網  
金



1.1

### 2. 附件 1.1

附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：

### 附件 1.1 的说明如下：

附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：

—

—

附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：

附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：

附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：

附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：

附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：

附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：

附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：

附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：

附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：

附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：

附件 1.1 的说明如下：  
 附件 1.1 的说明如下：

附件

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路六段  
488號  
聯絡人：劉揚民  
聯絡電話：02-25220888 分機：556  
傳真：02-2522-0569  
電子郵件：cegmk20@hpa.gov.tw

受文者：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國115年5月27日

發文字號：衛授國字第1151460487A號

速別：普通件

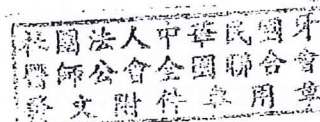
密等及解密條件或保密期限：

附件：附件1-發布令影本、附件2-「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」規定，  
各1份 (A210000001\_1151460487A\_doc3\_Attach1.pdf、  
A210000001\_1151460487A\_doc3\_Attach2.pdf)

主旨：修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」第六點  
及第三點附表二之四、附表三之三、附表四之三、附表五  
之三、附表六之三、附表六之四、附表七之三、附表八之  
四、附表八之五，並自中華民國115年1月1日生效，業經  
本部於中華民國115年5月27日以衛授國字第1151460487號  
令修正發布，茲檢送修正規定及發布令影本各1份，請查  
照轉知。

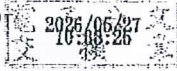
說明：有關本次修正內容及修正對照表，可至本部國民健康署官  
網「健康促進法規/預防保健服務類」項下下載。

正本：本部社會保險司、本部全民健康保險會、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利  
部中央健康保險署臺北業務組、衛生福利部中央健康保險署中區業務組、衛生福  
利部中央健康保險署東區業務組、衛生福利部中央健康保險署北區業務組、衛生  
福利部中央健康保險署南區業務組、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、臺  
北市政府衛生局、新北市政府衛生局、臺中市政府衛生局、臺南市政府衛生局、  
高雄市政府衛生局、基隆市衛生局、嘉義市政府衛生局、桃園市政府衛生局、桃  
園市政府婦幼發展局、新竹縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、彰化縣衛生局、  
南投縣政府衛生局、雲林縣衛生局、嘉義縣衛生局、屏東縣政府衛生局、臺東縣  
衛生局、花蓮縣衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣衛生局、連江縣衛生局、新  
竹市衛生局、宜蘭縣政府衛生局、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華



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、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、臺灣兒科醫學會、臺灣家庭醫學醫學會、臺灣婦產科醫學會、臺灣周產期醫學會

副本：本部法規會(含附件)

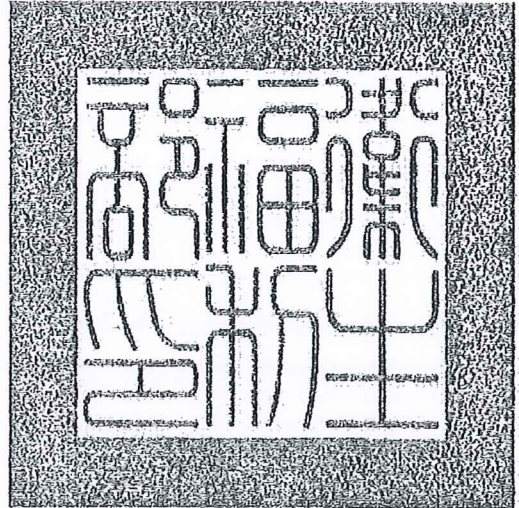


業

檔 號：  
保存年限：

# 衛生福利部 令

發文日期：中華民國115年5月27日  
發文字號：衛授國字第1151460487號  
附件：「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」第六點規定及第三點附表二之四、附表三之三、附表四之三、附表五之三、附表六之三、附表六之四、附表七之三、附表八之四、附表八之五各1份

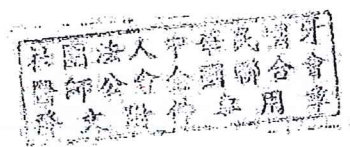


聚  
訂  
線

修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」第六點及第三點附表二之四、附表三之三、附表四之三、附表五之三、附表六之三、附表六之四、附表七之三、附表八之四、附表八之五，並自中華民國一百十五年一月一日生效。

附修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」第六點規定及第三點附表二之四、附表三之三、附表四之三、附表五之三、附表六之三、附表六之四、附表七之三、附表八之四、附表八之五

## 部長 石崇良

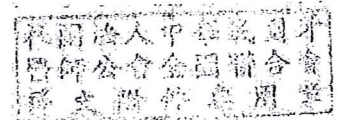




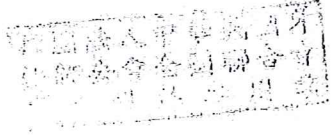
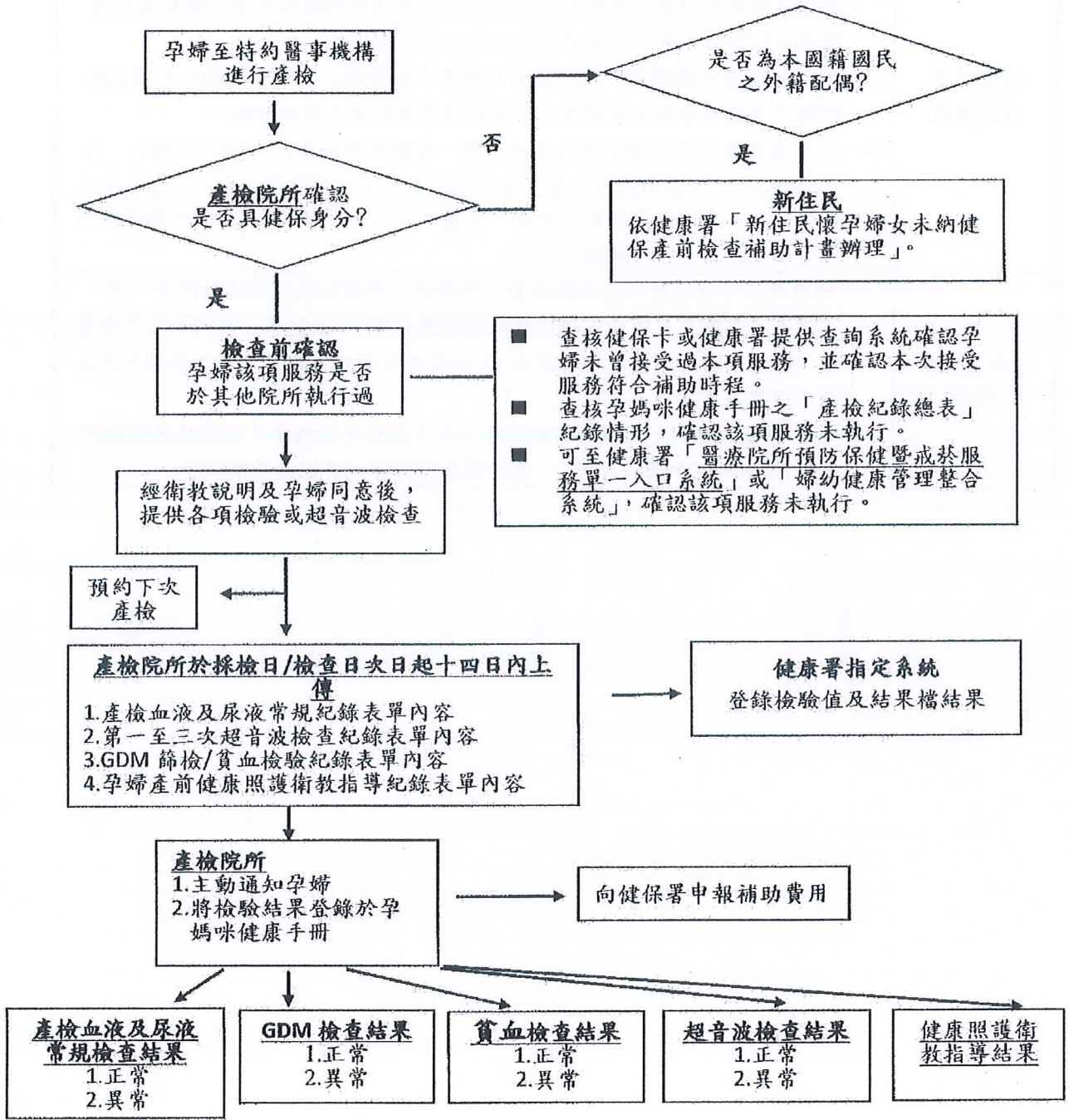
## 「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」第六點修正規定

六、醫事服務機構辦理預防保健服務，應與服務對象充分溝通並善盡查核之責，提供服務前應至健康署醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統或應用程式介面系統進行查核，確認符合補助資格，始得提供服務，並於上述系統擇一登記提供之預防保健服務項目。如經醫事服務機構查核發現健保卡與服務對象不符、服務對象資格舉證不實、服務對象超次使用服務、其他不符合各項預防保健服務規定之情事時，醫事服務機構不得向本部申報費用。

醫事服務機構辦理成人預防保健服務，其二階服務間隔時間超過三個月者，不得向本部申報第二階段服務之費用。

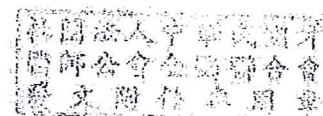


**健康署孕婦各項產前預防保健服務結果登錄上傳流程圖**  
 (血液及尿液常規、三次超音波檢查、妊娠糖尿病篩檢、貧血檢驗及產前健康照護衛教指導)



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、表單填寫與保存修正規定

類別	內容
服務對象資格查核	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>三、二十五歲至二十九歲女性每三年一次，年齡條件定義為「<math>25 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 29</math>」，篩檢間隔條件為「當次就醫年 - 前次就醫年 <math>\geq 3</math>」。三十歲以上女性每年一次，年齡條件定義為「<math>\text{就醫年} - \text{出生年} \geq 30</math>」、篩檢間隔條件為「當次就醫年 - 前次就醫年 <math>\geq 1</math>」。</p>
表單填寫與保存	<p>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。</p> <p>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。</p>



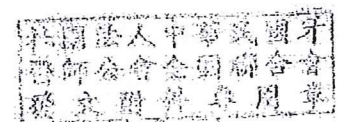
附表四之三 健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存修正規定

類別	內容
<p>服務對象 資格查核</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>表單填寫與 保存</p>	<p>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。</p>



附表五之三 健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存修正規定

類別	內容
服務對象資格查核	<p>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定量免疫法糞便潛血檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。</p> <p>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；特約醫事服務機構須要求四十歲至四十四歲接受定量免疫法糞便潛血檢查者檢具其父母、兄弟姐妹、子女曾患有大腸癌之診斷證明與其親屬關係相關文件（如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書，如附表五之五），並留存於病歷中備查。</p>
表單填寫與保存	<p>一、辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務者，應將「健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表五之四）詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統，如有填寫「大腸癌篩檢家族史及吸菸習慣資料表」（如附表五之六），亦應記載並上傳。</p> <p>二、辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務者，應透過其檢驗部門或委託代檢之醫事檢驗機構，將「健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表五之四）及確診結果詳實記載，並登錄上傳至健康署指定之系統。</p>



附表六之三 健康署成人預防保健服務對象資格查核、表單填寫與保存修正規定

類別	內容
<p>服務對象資格查核</p>	<p>一、提供服務前，應先以服務對象之健保卡至健康署指定之平臺查證，確認服務對象符合成人預防保健服務注意事項之補助資格，始得提供服務。如查有重複提供服務或不符合服務資格且可歸責於特約醫事服務機構者，本部得不予核付費用。</p> <p>二、服務時，須查核成人預防保健服務資格註記管道；提供下列查詢應用程式介面系統進行查詢</p> <p>(一)健康署「醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統」  <a href="https://portal.hpa.gov.tw/Web/Notice.aspx">https://portal.hpa.gov.tw/Web/Notice.aspx</a></p> <p>(二)健康署「成人預防保健及 B、C 型肝炎篩檢資格查詢 API」  <a href="https://reurl.cc/yAM4xy">https://reurl.cc/yAM4xy</a></p> <p>(三)健保醫療資訊雲端查詢系統連結  <a href="https://medcloud2.nhi.gov.tw/imu/IMUE1000/">https://medcloud2.nhi.gov.tw/imu/IMUE1000/</a>，或由健保署「健保資訊網服務系統(VPN)」點選「健保醫療資訊雲端查詢系統(單一入口)」進入</p> <p>三、身分別為原住民之補助，服務對象須出示戶口名簿，提供特約醫事服務機構驗證；特約醫事服務機構驗證後須於病歷上登載「原住民」身分別備查。</p> <p>四、特約醫事服務機構辦理成人預防保健服務，如服務對象已為品質改善試辦(P4P)計畫內之糖尿病(DM)、初期腎病(CKD)及糖腎共照(DKD)計畫等收案管理之個案，不提供服務。醫事服務機構有異議時，得提起申復。</p>
<p>表單填寫與保存</p>	<p>一、提供成人預防保健服務當日應於健保卡登錄當次檢查項目代碼、就醫序號或其他相關資訊，健保卡登錄說明如下：</p> <p>(一)就醫類別：請填「AC：預防保健」。</p> <p>(二)就診日期時間：由讀卡機提供。</p> <p>(三)保健服務項目註記：請填「02；成人預防保健服務」。</p> <p>(四)檢查項目代碼：請依不同補助對象對應之代碼(21至28及3D、3E)填列；如提供B、C型肝炎檢查服務時請依下列方式填列：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 併同成人預防保健第一階段提供服務時，依不同對象：未滿四十歲者請填「3D」、四十至六十四歲者請填「21」、六十五至七十九歲者請填「22」、罹患小兒麻痺者請填「25」、身分別為原住民者請填「27」。</li> <li>2. 單獨提供B、C型肝炎篩檢請填「29」。</li> </ol> <p>(五)醫令類別：請填「3：診療」。</p> <p>(六)診療項目代號：參考附表六之二醫令代碼。併同成人預防保健第一階段提供B、C型肝炎檢查時，請分別填成人預防保健醫令代碼(3D、21、22、25、27)及「L1001C」或「L1002C」；如單獨提供B、C型肝炎檢查請填醫令代碼「L1001C」或「L1002C」。</p> <p>二、辦理成人預防保健服務者，應於「成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」(如附表六之四)詳實記載各項資料，並將檢查結果登錄上傳至健康署指定之系統，且提供服務當日即於健保卡登錄或上傳當次檢查項目代碼、就醫序號、診治醫事人員代號及相關資料。(檢查結果電子檔申報格式如附表六之六)。</p>



附表六之四修正規定

### 健康署成人預防保健服務檢查紀錄結果表單

“△”第一階段日期：民國 年 月 日

第二階段日期：民國 年 月 日

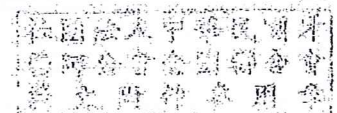
(加註“△”為提供 B、C 型肝炎檢查必填欄位)

- ◎ 成人預防保健服務補助時程為三十歲以上未滿四十歲者，每五年補助一次；四十歲以上未滿六十五歲，每三年補助一次；三十五歲以上小兒麻痺患者、五十五歲以上原住民或六十五歲以上者，每年補助一次。
  - ◎ 本人同意接受成人預防保健服務。請簽名或蓋章(手印)：(第一階) (第二階)
  - ◎ “△”成人預防保健服務 B、C 型肝炎檢查補助時程經機構查詢符合檢查條件者，終身一次。本人同意接受檢查，請簽名或蓋章(手印)：
- (相關資料將作為衛生單位政策評估及查詢或個案追蹤健康管理使用)

下列紅框內之欄位請醫護人員協助服務對象於檢查前先行詳細填寫，以供醫師參考。

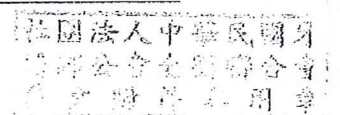
“△”基本資料	身分證統一編號	姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	原住民	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	生日	民國前/後 年 月 日 ( 足歲)	電話	( )		
	現地址	縣(市) 鄉鎮市區 村里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
	戶籍地	縣(市)	教育程度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國(初)中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科、大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上		
疾病史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血脂症 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> B 型肝炎 <input type="checkbox"/> C 型肝炎 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 <input type="checkbox"/> 以上均無					
長期服藥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，病因					
家族史	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血脂異常 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 以上均無					
健康行為	一、最近半年來，您吸菸的情形是？ <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 朋友敬菸或應酬才吸菸 <input type="checkbox"/> 平均一天約吸一包菸(含以下) <input type="checkbox"/> 平均一天約吸一包菸以上 二、最近半年來，您喝酒的情形是？ <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 偶爾喝酒或應酬才喝 <input type="checkbox"/> 經常喝酒 三、最近半年來，您嚼檳榔的情形是？ <input type="checkbox"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 偶爾會嚼或應酬才嚼 <input type="checkbox"/> 經常嚼或習慣在嚼 四、最近二週，您是否有運動(每週達 150 分鐘以上)？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有，但未達每週 150 分鐘(2.5 小時) <input type="checkbox"/> 有，且每週達 150 分鐘以上(2.5 小時) 五、您是否出現咳嗽超過二週的情形？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有					
身體檢查	身高：___公分 體重：___公斤 脈搏：___次/分 血壓：___/___mmHg 腰圍：___公分 身體質量指數(BMI)：___【理想值：18.5 ≤ BMI < 24】 ◎計算方式：體重(公斤)/身高(公尺) <sup>2</sup> 眼睛 右眼裸眼視力：___ 左眼裸眼視力：___ 右眼矯正視力：___ 左眼矯正視力：___ 耳鼻喉及口腔 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 齲齒 <input type="checkbox"/> 牙結石或牙周病 <input type="checkbox"/> 其他 頸部 淋巴腺腫大： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 甲狀腺腫大： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 胸 部： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：___ 心臟聽診： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：___ 呼吸聽診： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：___ 腹 部： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：___ 四 肢： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常：___ 其他異常：___					

※服務對象如有任何不適異狀、曾患疾病或目前病症，務必於問診時詳細告知醫師。  
 第一聯 特約醫事服務機構通知保險對象檢查結果聯。  
 第二聯 特約醫事服務機構留存聯(本資料請留存於病歷)。



<p><b>實驗室檢查</b></p>	<p>尿液檢查            蛋白質：定性：<input type="checkbox"/>：- <input type="checkbox"/>：+/- <input type="checkbox"/>：+ <input type="checkbox"/>：++ <input type="checkbox"/>：+++ <input type="checkbox"/>：++++            或定量：<input type="text"/> mg/dl (參考值：<input type="text"/>) 【定性或定量可擇一填寫】</p> <p>生化檢查            飯前血糖：<input type="text"/> mg/dl (參考值：<input type="text"/>)            總膽固醇：<input type="text"/> mg/dl (參考值：<input type="text"/>)            三酸甘油酯：<input type="text"/> mg/dl (參考值：<input type="text"/>)            高密度脂蛋白膽固醇：<input type="text"/> mg/dl (參考值：<input type="text"/>)            低密度脂蛋白膽固醇計算：<input type="text"/> mg/dl (參考值：<input type="text"/>) (僅適用三酸甘油酯≤400 mg/dl)            ◎計算方式：總膽固醇－高密度脂蛋白膽固醇－(三酸甘油酯÷5)            AST (GOT)：<input type="text"/> IU/L (參考值：<input type="text"/>)            ALT (GPT)：<input type="text"/> IU/L (參考值：<input type="text"/>)            肌酸酐：<input type="text"/> mg/dl (參考值：<input type="text"/>)            腎絲球過濾率 (eGFR)：<input type="text"/> ml/min/1.73 m<sup>2</sup>            ◎計算方式：自 115 年採用 2021 CKD-EPI 公式＝  <math>142 \times \min(\text{血清肌酸酐}/K, 1)^{\alpha} \times \max(\text{血清肌酸酐}/K, 1)^{-1.200} \times 0.9938^{\text{年齡}} \times 1.012</math> [如為女性]            ※min 和 max 表示在計算過程中選擇 Scr/K 和 1 之間最小值或最大值。            ※K：0.7(女性) 或 0.9(男性)；<math>\alpha</math>：-0.241(女性) 或 -0.302(男性)；如為女性，則乘以 1.012。            尿酸：<input type="text"/> mg/dl            “△”B 型肝炎表面抗原 (HBsAg)：<input type="checkbox"/>陰性 <input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>未執行            “△”C 型肝炎抗體 (Anti-HCV)：<input type="checkbox"/>陰性 <input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>未執行</p>
<p><b>健康諮詢</b></p>	<p><input type="checkbox"/>戒菸 <input type="checkbox"/>節酒 <input type="checkbox"/>戒檳榔 <input type="checkbox"/>規律運動(含 150 分鐘/每週) <input type="checkbox"/>維持正常體重  <input type="checkbox"/>健康飲食(含我的健康餐盤) <input type="checkbox"/>事故傷害預防 <input type="checkbox"/>口腔保健  <input type="checkbox"/>慢性疾病風險評估  <input type="checkbox"/>腎病識能衛教指導 (含尿蛋白、eGFR 之數據、腎功能期別及其嚴重度、危險因子衛教)</p>
<p><b>檢查結果與建議</b></p>	<p>身體檢查部分：            血壓：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常：建議<input type="checkbox"/>生活型態改善，並定期__個月追蹤<input type="checkbox"/>進一步檢查<input type="checkbox"/>接受治療            飯前血糖：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常：建議<input type="checkbox"/>生活型態改善，並定期__個月追蹤<input type="checkbox"/>進一步檢查<input type="checkbox"/>接受治療            血脂肪：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常：建議<input type="checkbox"/>生活型態改善，並定期__個月追蹤<input type="checkbox"/>進一步檢查<input type="checkbox"/>接受治療            腎功能：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常：期別__ 建議<input type="checkbox"/>生活型態改善，並定期__個月追蹤<input type="checkbox"/>進一步檢查<input type="checkbox"/>接受治療            肝功能：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常：建議<input type="checkbox"/>生活型態改善，並定期__個月追蹤<input type="checkbox"/>進一步檢查<input type="checkbox"/>接受治療            代謝症候群：<input type="checkbox"/>沒有 <input type="checkbox"/>有：建議<input type="checkbox"/>生活型態改善，並定期__個月追蹤<input type="checkbox"/>進一步檢查<input type="checkbox"/>接受治療            (代謝症候群定義：腰圍、血壓、空腹血糖、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇，其中三項以上異常)            慢性疾病風險值：冠心病(1.__%；2.不適用)、糖尿病(1.__%；2.不適用)、高血壓(1.__%；2.不適用)、            腦中風(1.__%；2.不適用)、心血管不良事件(1.__%；2.不適用)            “△”B 型肝炎表面抗原：<input type="checkbox"/>陰性 <input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>進一步檢查 <input type="checkbox"/>接受治療            “△”C 型肝炎抗體：<input type="checkbox"/>陰性 <input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>進一步檢查 <input type="checkbox"/>接受治療            咳嗽症狀：<input type="checkbox"/>沒有 <input type="checkbox"/>有：建議轉診進一步評估是否可能為結核病</p>
<p>“△”特約醫事服務機構名稱及代號 (蓋章)</p>	<p>“△”檢查醫師簽名 (蓋章)</p>

※服務對象如為特約醫事檢驗機構依雙軌作業方式提供第一階段檢驗檢查服務者，其自行選定第二階段服務之特約醫事服務機構名稱： 地址：



附表七之三 健康署婦女人類乳突病毒檢測服務對象資格查核、表單填寫與保存修正規定

類別	內容
服務對象資格查核	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人類乳突病毒檢測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。
表單填寫與保存	辦理人類乳突病毒檢測服務者，應將「健康署婦女人類乳突病毒檢查紀錄結果表單」（如附表七之四）詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統。



### 健康署「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」管理紀錄表

支付方式：預防保健健保醫療給付其他公務預算補助自費健康檢查其他

115年5月

採檢單位：\_\_\_\_\_ 醫事機構代碼：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_，性別：男女

身分證統一編號  出生日期：民國\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

統一證號(外籍) \_\_\_\_\_ 門診日期：民國\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

(若糞便抗原檢測首次檢驗結果為②檢測失效，第二次發管日期為民國\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)

聯絡電話(擇一)：(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_，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(職) 專科、大學 研究所以上 拒答

#### 個人病史

1. 個人(曾經)：無 胃炎 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 胃食道逆流 胃腫瘤 胃癌 胃幽門桿菌感染

其他 \_\_\_\_\_；民國\_\_\_\_年/不詳

2. 曾接受胃幽門桿菌除菌治療：無 有

3. 曾接受過胃鏡檢查：無 有，民國\_\_\_\_年/不詳

4. 近一個月內是否使用潰瘍/胃食道逆流特效藥(一日一顆)：無 有

5. 藥物過敏：無 有，藥物名稱：\_\_\_\_\_

#### 家族病史

1. 幽門桿菌家族史：不詳 無；有

2. 消化性潰瘍家族史(胃或十二指腸)：不詳 無；有

3. 胃癌家族史：不詳 無；有

#### 生活型態(非必填)

1. 您有無吸菸習慣？ 0. 從不  1. 已戒  2. 目前有吸  3. 其他 \_\_\_\_\_

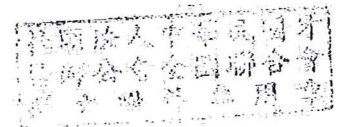
2. 您有無喝酒習慣？ 0. 從不  1. 已戒  2. 目前有喝  3. 其他 \_\_\_\_\_

3. 您有無嚼檳榔習慣？ 0. 從不  1. 已戒  2. 目前有嚼  3. 其他 \_\_\_\_\_

\*本人同意接受以糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用

確認以上資料正確無誤：\_\_\_\_\_

※本表由採檢單位上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。



### 健康署「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」管理紀錄表—檢驗結果

115年5月

**糞便抗原檢驗資料**(由糞便抗原檢驗單位/機構填寫)

1. 姓名：
2. 身分證統一編號/統一證號(外籍)：□□□□□□□□□□
3. 採檢單位：\_\_\_\_\_ 醫事機構代碼：\_\_\_\_\_
4. 門診日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
5. 檢驗單位機構代碼：\_\_\_\_\_，檢驗單位機構名稱：\_\_\_\_\_
6. 檢驗日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
7. 檢驗結果：①陰性，①陽性，②檢測失效
8. 試劑商品名稱：(中)\_\_\_\_\_ (英)\_\_\_\_\_；  
許可證字號：\_\_\_\_\_字第\_\_\_\_\_號；有效日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
9. 報告日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

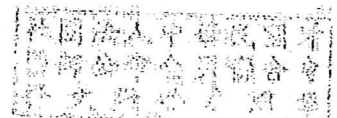
若首次檢驗結果為②檢測失效，再次檢測後請填寫以下內容。

10. 二次發管日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
11. 二次檢驗結果：①陰性，①陽性
12. 二次試劑商品名稱：(中)\_\_\_\_\_ (英)\_\_\_\_\_；  
許可證字號：\_\_\_\_\_字第\_\_\_\_\_號；有效日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
13. 二次報告日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

※本表由採檢單位委託之醫事檢驗單位/機構辦理本項檢驗並上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。

第一聯：檢驗機構回報採檢機構

本項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「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」管理紀錄表—檢驗結果

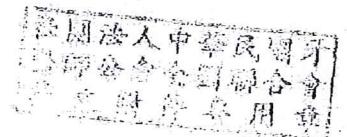
115 年 5 月

糞便抗原檢驗資料(由糞便抗原檢驗單位/機構填寫)

1. 姓名：
  2. 身分證統一編號/統一證號(外籍)：□□□□□□□□□□
  3. 採檢單位：\_\_\_\_\_ 醫事機構代碼：\_\_\_\_\_
  4. 門診日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
  5. 檢驗單位機構代碼：\_\_\_\_\_，檢驗單位機構名稱：\_\_\_\_\_
  6. 檢驗日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
  7. 檢驗結果：①陰性，①陽性，②檢測失效
  8. 試劑商品名稱：(中) \_\_\_\_\_ (英) \_\_\_\_\_；  
許可證字號：\_\_\_\_\_ 字第 \_\_\_\_\_ 號；有效日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
  9. 報告日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 若首次檢驗結果為②檢測失效，再次檢測後請填寫以下內容
10. 二次發管日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
  11. 二次檢驗結果：①陰性，①陽性
  12. 二次試劑商品名稱：(中) \_\_\_\_\_ (英) \_\_\_\_\_；  
許可證字號：\_\_\_\_\_ 字第 \_\_\_\_\_ 號；有效日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
  13. 二次報告日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

第二聯：檢驗醫事機構留存聯

※本表由採檢單位委託之醫事檢驗單位/機構辦理本項檢驗與資料上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。



FORM NO. 1, 2000-01-01

1. 姓名

2. 性別

3. 出生年月日

4. 職業

5. 學歷

6. 服務機關

7. 服務年資

8. 現任職務

9. 備註

10. 簽名

11. 日期

12. 地點

13. 其他

14. 備註

15. 簽名

16. 日期

17. 地點

18. 備註