

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	現行規定	修正說明
<p>附表二之四 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)</p> <p>孕婦至特約醫事機構進行產檢</p> <p>產檢院所確認是否具健保身分?</p> <p>是</p> <p>檢查前確認孕婦該項服務是否於其他院所執行過</p> <p>經衛教說明及孕婦同意後,提供各項檢驗或超音波檢查</p> <p>預約下次產檢</p> <p>產檢院所於採檢日/檢查日次日起十四日內上傳</p> <p>1.產檢血液及尿液常規紀錄表單內容 2.第一至三次超音波檢查紀錄表單內容 3.GDM 篩檢/貧血檢驗紀錄表單內容 4.孕婦產前健康照護衛教指導紀錄表單內容</p> <p>健康署指定系統登錄檢驗值及結果檔結果</p> <p>產檢院所</p> <p>1.主動通知孕婦 2.將檢驗結果登錄於孕媽咪健康手冊</p> <p>向健保署申報補助費用</p> <p>產檢血液及尿液常規檢查結果 1.正常 2.異常</p> <p>GDM 檢查結果 1.正常 2.異常</p> <p>貧血檢查結果 1.正常 2.異常</p> <p>超音波檢查結果 1.正常 2.異常</p> <p>健康照護衛教指導結果</p>	<p>附表二之四 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)</p> <p>孕婦至特約醫事機構進行產檢</p> <p>產檢院所確認是否具健保身分?</p> <p>是</p> <p>檢查前確認孕婦該項服務是否於其他院所執行過</p> <p>經衛教說明及孕婦同意後,提供各項檢驗或超音波檢查</p> <p>預約下次產檢</p> <p>產檢院所於採檢日/檢查日次日起十四日內上傳</p> <p>1.產檢血液及尿液常規紀錄表單內容 2.第一至三次超音波檢查紀錄表單內容 3.GDM 篩檢/貧血檢驗紀錄表單內容 4.孕婦產前健康照護衛教指導紀錄表單內容</p> <p>健康署指定系統登錄檢驗值及結果檔結果</p> <p>產檢院所</p> <p>1.主動通知孕婦 2.將檢驗結果登錄於孕媽咪健康手冊</p> <p>向健保署申報補助費用</p> <p>產檢血液及尿液常規檢查結果 1.正常 2.異常</p> <p>GDM 檢查結果 1.正常 2.異常</p> <p>貧血檢查結果 1.正常 2.異常</p> <p>超音波檢查結果 1.正常 2.異常</p> <p>健康照護衛教指導結果</p>	<p>修正說明</p> <p>原「醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統」已更名為「醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統」,爰作文字修正。</p>

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	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「$25 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 29$」，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「$\text{就醫年} - \text{出生年} \geq 30$」、篩檢間隔條件為「當次就醫年 - 前次就醫年 ≥ 1」。</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	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整合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「$25 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 29$」，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「$\text{就醫年} - \text{出生年} \geq 30$」、篩檢間隔條件為「當次就醫年 - 前次就醫年 ≥ 1」。</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>

原「醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統」已更名為「醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統」，爰作文字修正。

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

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>
表單填寫與保存	<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

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整合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>
表單填寫與保存	<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>

原「醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統」已更名為「醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統」，爰作文字修正。

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

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

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整合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>

原「醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統」已更名為「醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統」，爰作文字修正。

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

類別	內容
服務對象資格查核	<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「<u>醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統</u>」 https://pportal.hpa.gov.tw/Web/Notice.aspx</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」 https://reurl.cc/yAM4xy</p> <p>(三)健保醫療資訊雲端查詢系統連結 https://medcloud2.nhi.gov.tw/imu/IMUE1000/，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>
表單填寫與保存	<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> <p>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」。</p> <p>2. 單獨提供 B、C 型肝炎篩檢請填「29」。</p> <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

類別	內容
服務對象資格查核	<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「<u>醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統</u>」 https://pportal.hpa.gov.tw/Web/Notice.aspx</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」 https://reurl.cc/yAM4xy</p> <p>(三)健保醫療資訊雲端查詢系統連結 https://medcloud2.nhi.gov.tw/imu/IMUE1000/，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，如服務對象已領取<u>三高慢性處方箋</u>，並配合定期檢查及常規治療，其檢查項目已有<u>血壓、血糖、血膽固醇及三酸甘油酯四項成人預防保健服務相同之檢查項目者</u>，以及已為品質改善試辦(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。<u>如經查核服務對象於接受服務前已有上述慢性疾病管理紀錄</u>，本部不予核付費用；醫事服務機構有異議時，得提起申復。</p>
表單填寫與保存	<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> <p>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」。</p> <p>2. 單獨提供 B、C 型肝炎篩檢請填「29」。</p> <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>

- 一、原「醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統」已更名為「醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統」，爰作文字修正。
- 二、為提升行政效能，降低醫事機構辦理成人預防保健服務比對慢性處方箋族群資料與對於費用核扣之疑慮，爰刪除相關文字。

附表六之四

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) ² 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"/> 齦齒 <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)。

附表六之四

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) ² 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"/> 齦齒 <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)。

配合健保署「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-SRD)之病人照護與衛教計畫」修訂案，成人預防保健「肌酸酐」、「腎絲球過濾率」自 115 年 1 月 1 日起依新公式 CKD-EPI 填報 eGFR 數據，爰刪除舊有公式。

實 驗 室 檢 查	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"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ 或定量： mg/dl (參考值：) 【定性或定量可擇一填寫】 生化檢查 飯前血糖： mg/dl (參考值：) 總膽固醇： mg/dl (參考值：) 三酸甘油酯： mg/dl (參考值：) 高密度脂蛋白膽固醇： mg/dl (參考值：) 低密度脂蛋白膽固醇計算： mg/dl (參考值：) (僅適用三酸甘油酯≤400mg/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)： IU/L (參考值：) ALT (GPT)： IU/L (參考值：) 肌酸酐： mg/dl (參考值：) 腎絲球過濾率 (eGFR)： _____ ml/min/1.73 m ² ◎計算方式：自115年採用2021 CKD-EPI 公式= $142 \times \min(\text{血清肌酸酐}/K, 1)^{\alpha} \times \max(\text{血清肌酸酐}/K, 1)^{-1.200} \times 0.9938^{**} \times 1.012$ [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)； α ：-0.241(女性)或-0.302(男性)；如為女性，則乘以1.012。 尿酸： 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
	健康諮詢 <input type="checkbox"/> 戒菸節酒 <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)
檢 查 結 果 與 建 議	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
	“△”特約醫事服務機構名稱及代號(蓋章) _____ “△”檢查醫師簽名(蓋章) _____

※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：_____

實 驗 室 檢 查	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"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ 或定量： mg/dl (參考值：) 【定性或定量可擇一填寫】 生化檢查 飯前血糖： mg/dl (參考值：) 總膽固醇： mg/dl (參考值：) 三酸甘油酯： mg/dl (參考值：) 高密度脂蛋白膽固醇： mg/dl (參考值：) 低密度脂蛋白膽固醇計算： mg/dl (參考值：) (僅適用三酸甘油酯≤400mg/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)： IU/L (參考值：) ALT (GPT)： IU/L (參考值：) 肌酸酐： mg/dl (參考值：) 腎絲球過濾率 (eGFR)： _____ ml/min/1.73 m ² ◎計算方式：自115年採用2021 CKD-EPI 公式= $142 \times \min(\text{血清肌酸酐}/K, 1)^{\alpha} \times \max(\text{血清肌酸酐}/K, 1)^{-1.200} \times 0.9938^{**} \times 1.012$ [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)； α ：-0.241(女性)或-0.302(男性)；如為女性，則乘以1.012。 尿酸： mg/dl ◎計算方式：男性： $186 \times (\text{血清肌酸酐})^{-1.154} \times (\text{年齡})^{-0.203}$ 女性： $186 \times (\text{血清肌酸酐})^{-1.154} \times (\text{年齡})^{-0.203} \times 0.742$ “△”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
	健康諮詢 <input type="checkbox"/> 戒菸節酒 <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)
檢 查 結 果 與 建 議	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
	“△”特約醫事服務機構名稱及代號(蓋章) _____ “△”檢查醫師簽名(蓋章) _____

※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

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。</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>
表單填寫與保存	<p>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。</p>

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

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整合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。</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>
表單填寫與保存	<p>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。</p>

原「醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統」已更名為「醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統」，爰作文字修正。

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

採檢單位：_____ 醫事機構代碼：_____

115年4月

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

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

採檢單位：_____ 醫事機構代碼：_____

115年1月

姓名：_____，性別：男女，原住民：否 是(請續答，_____族)

身分證：_____，出生日期：民國____年__月__日，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，第二次門診日期為民國____年__月__日)

聯絡電話：(____) _____，手機：_____

宗教：無 天主教 基督教 佛教 道教 一貫道 其他_____

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 拒答職業：有，_____；無；拒答婚姻狀況：未婚 已婚 其他

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(請續答，可複選)父 母 夫妻 兄弟姊妹，共____人
子女，共____人 其他____，共____人2. 消化性潰瘍家族史(胃或十二指腸)：不詳 無；有(請續答，可複選)父；母；夫妻；兄弟姊妹，共____人；子女，共____人；其他____，共____人3. 胃癌家族史：不詳 無；有(請續答，可複選)父；母；夫妻；兄弟姊妹，共____人/□不詳；子女，共____人/□不詳；其他____，共____人/不詳用藥史：最近三個月有無服用下列藥物：無有(續答下列各項，如有請打勾，可複選)1. 止痛藥 2. 類固醇3. 抗血小板藥物：1. 阿斯匹靈(aspirin)、2. 保栓通(plavix)、3. 其他_____4. 抗凝血劑：1. 可邁丁(coumadin)、2. 其他_____5. 糖尿病用藥：1. 口服型控制血糖、2. 注射型胰島素6. 使用鐵劑治療貧血

生活型態

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_____

4. 您是否常常(每週三次或以上)食用醃漬食物如鹹魚、醬瓜、豆瓣醬、酸菜等習慣？

0. 無 1. 有

5. 您是否常常(每週三次或以上)食用煙燻、燒烤、高香料的肉類如香腸、烤肉等習慣？

0. 無 1. 有

6. 您是否常常(每週三次或以上)食用生食如生肉、生魚等習慣？

0. 無 1. 有*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。

一、為簡化檢測服務民眾所需填寫內容，爰酌修紀錄表欄位。

二、由於檢測失效再次進行檢測，無須重新進行健保卡註記，爰修正門診日期為發管日期。

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4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。

第一期：檢驗機構回報檢驗機構

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1月

糞便抗原檢驗資料(由糞便抗原檢驗單位/機構填寫)

1. 檢驗單位機構代碼：_____，檢驗單位機構名稱：_____
 2. 檢驗日期：民國____年____月____日
 3. 檢驗結果：①陰性，①陽性，②檢測失效
 4. 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
 5. 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
6. 二次檢驗日期：民國____年____月____日
 7. 二次檢驗結果：①陰性，①陽性
 8. 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
 9. 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。

第一期：檢驗機構回報檢驗機構

為利檢驗機構進行資料核對與表單填寫等作業，爰新增附表填寫欄位內容。

