

高雄市醫師公會	
收	108.5.30日
文	字第877號

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段27號9樓

聯絡人：陳威利

電話：(02)27527286-123

傳真：(02)2771-8392

Email：ili.chen@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國108年5月24日

發文字號：全醫聯字第1080000684號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：轉知衛生福利部國民健康署為配合國家消除C肝政策，自108年6月1日起調整成人預防保健服務之具原住民身分民眾B、C型肝炎篩檢年齡為40歲至60歲終身一次，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部108年5月15日衛授國字第1080600425號函辦理。
- 二、本函相關訊息刊登本會網站。

正本：各縣市醫師公會
副本：



理事長 邱泰源

抄：1. 列網站

2. 轉知會員

如擬

邱 108 6/3

康維淑 5/30, 2019

衛生福利部 函

地址：11558台北市南港區忠孝東路6段488號
傳 真：(02)25220709
聯絡人及電話：江玉琴(02)25220722
電子郵件信箱：hpatom@hpa.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國108年5月15日
發文字號：衛授國字第1080600425號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：(1080600425-1.doc、1080600425-2.doc)

主旨：為配合國家消除C肝政策，自108年6月1日起調整成人預防保健服務之具原住民身分民眾B、C型肝炎篩檢年齡為40歲至60歲終身一次，請查照。

說明：

- 一、為配合「國家消除C肝政策綱領」2025年治療25萬人、消除C肝之目標，以及縮小健康不平等，經參採專家建議，在有限公務預算內，爰調整年滿40歲至60歲且具有原住民身分之民眾，可搭配成人預防保健服務終身接受1次B、C型病毒肝炎篩檢服務，期能藉由原民篩檢策略之調整，早期發現以利後續治療。
- 二、請各地方政府衛生局轉知轄區有向中央健康保險署申請辦理成人預防保健服務之醫療院所，配合旨揭時程提供符合資格者B、C型肝炎篩檢服務，餘請依「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」辦理。
- 三、檢附補助金額表及服務檢查單各1份。
- 四、本案聯絡人：本部國民健康署江玉琴技正，地址：台北市大同區塔城街36號，電話：02-2522-0722，電子信箱：

hpatom@hpa.gov.tw。

正本：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、新竹縣政府衛生局、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、連江縣衛生福利局、新竹市衛生局、宜蘭縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、彰化縣衛生局、南投縣政府衛生局、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、臺灣家庭醫學醫學會、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南區業務組、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高屏業務組

副本：國家C型肝炎旗艦計畫辦公室



成人預防保健服務補助金額表

(單位：新臺幣元)

代碼	就醫序號	給付時程	服務項目	補助金額
27+L1001C	IC24	身分別為原住民且40歲以上未滿61歲者，終身補助乙次	第一階段 1. 受檢者應先填寫「成人預防保健『健康加值』方案服務檢查單」之基本資料、個人及家族疾病史、長期服藥、健康行為及憂鬱症檢測。 2. 生化檢查：血糖、總膽固醇、三酸甘油脂、高密度脂蛋白膽固醇、GOT、GPT、肌酸酐、B型肝炎表面抗原、C型肝炎抗體檢查。【B、C型肝炎實驗室檢查採用酵素免疫分析法(enzyme-link immunosorbent assay, ELISA)或同等級(含)以上的方法。】 3. 尿液檢查：蛋白質。 4. 腎絲球過濾率計算。 5. 低密度脂蛋白膽固醇計算。	500
28	IC24		第二階段 1. 第一階段之檢驗結果判讀與建議。 2. 身體檢查：身高、體重、血壓、脈搏、腰圍、身體質量指數、視力檢查、耳鼻喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、呼吸聽診、腹部檢查、四肢檢查。 3. 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。	220

備註：

醫令代碼 28：第一階段醫令代碼(27)或(27+L1001C) 需符合篩檢條件

醫令代碼 27+L1001C：40≤就醫年-出生年≤60，終身補助一次

0≤「28」執行年月-「27/27+L1001C」執行年月≤6

國民健康署成人預防保健服務檢查單

第一階段日期： 年 月 日

第二階段日期： 年 月 日

- ◎ 如果您年齡為 40 歲以上未滿 65 歲，最近三年是否曾接受過成人預防保健服務？
 否 是，請簽名或蓋章(手印)：_____
- ◎ 如果您是 35 歲以上小兒麻痺患者、55 歲以上原住民或 65 歲以上者，今年是否曾接受過成人預防保健服務？
 否 是，請簽名或蓋章(手印)：_____
- ◎ 如果您是民國 55 年或以後出生且滿 45 歲，或您是 40 歲至 60 歲原住民，您是否曾於成人預防保健服務時接受過 B、C 型肝炎檢查？
 否 是，請簽名或蓋章(手印)：_____ (勾選「否」者，本次可做 B、C 型肝炎檢查)
- ◎ 除成人預防保健服務之外，您是否曾接受過 B、C 型肝炎檢查？ 否 是

※請注意：

- ◎ 若受檢民眾同時符合執行下列預防保健服務者，請提供服務或轉介民眾至適當院所執行。

篩檢項目	檢查對象及時程	此次是否要檢查
●子宮頸抹片檢查：	30 歲以上婦女每年一次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
●乳房攝影檢查：	45 歲以上至未滿 70 歲之婦女及 40 歲以上至未滿 45 歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女，每二年一次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
●口腔黏膜檢查：	30 歲以上嚼檳榔或吸菸者，每二年一次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
●糞便潛血檢查：	50 歲以上至未滿 75 歲者，每二年一次	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

- ◎ 成人預防保健服務給付時程為 40 歲以上未滿 65 歲者，每三年補助一次；35 歲以上小兒麻痺患者、55 歲以上原住民或 65 歲以上者，每年補助一次。受檢對象如重複或超次施行者，其費用由受檢對象自行負擔。

- ◎ 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)_____ (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受檢人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
	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：_____			
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：_____			
健康行為	1. 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 2. 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 3. 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 4. 最近兩週，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) 5. 您是否出現咳嗽超過二週的情形？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有			
憂鬱檢測	1. 過去兩週，你是否感覺情緒低落、沮喪或沒有希望？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 2. 過去兩週，你是否感覺做事情失去興趣或樂趣？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			

※受檢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 特約醫院、診所通知保險對象檢查結果聯。
 第二聯 特約醫院、診所留存聯(本資料請留存於病歷)。

身體檢查	身高：_____公分 體重：_____公斤 脈搏：_____次/分 血壓：_____ / _____ mmHg 腰圍：_____吋 或 _____公分【可擇一填寫】 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"/> 齶齒 <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：_____
	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"/> ：++++ 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 ≤ 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)：_____ 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：男性：186 × (血清肌酸酐) ^{-1.154} × (年齡) ^{-0.203} 女性：186 × (血清肌酸酐) ^{-1.154} × (年齡) ^{-0.203} × 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 <input type="checkbox"/> 節酒 <input type="checkbox"/> 戒檳榔 <input type="checkbox"/> 規律運動 <input type="checkbox"/> 維持正常體重 <input type="checkbox"/> 健康飲食 <input type="checkbox"/> 事故傷害預防 <input type="checkbox"/> 口腔保健
	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：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3項或超過3項異常) 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 憂鬱檢測： <input type="checkbox"/> 2題皆答「否」 <input type="checkbox"/> 2題任1題答「是」，建議轉介至相關單位接受進一步服務
特約醫事服務機構名稱及代號 (蓋章) 檢查醫師簽名(蓋章)	

※受檢對象如為特約醫事檢驗機構逕依本檢查單提供第一階段檢驗檢查服務者，其自行選定第二階段服務的
 特約醫事服務機構名稱：_____ 地址：_____