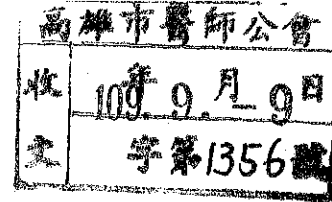


副本

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：



高雄市政府衛生局 函

地址：80276高雄市苓雅區凱旋二路132之1號
承辦單位：健康管理科
承辦人：蘇小姐
電話：07-7134000#5102
傳真：07-7225594
電子信箱：qw11011@kcg.gov.tw

80681

高雄市前金區市中一路225號4樓

受文者：社團法人高雄市醫師公會

發文日期：中華民國109年9月3日

發文字號：高市衛健字第10938797100號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：補助金額表、檢查表單及申報格式各1份

主旨：為配合國家消除C肝政策，自109年9月28日起調整成人預防保健服務B、C型肝炎篩檢年齡為45歲至79歲終身一次，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部109年9月1日衛授國字第1090600765號函辦理。
- 二、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，經諮詢專家建議，調整年齡為45歲至79歲終身一次成人預防保健服務B、C型病毒肝炎篩檢，以早期發現，早期適當治療。
- 三、請貴院（所）配合旨揭時程依下列事項提供符合資格者B、C型肝炎篩檢服務，餘請參照「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」辦理：

（一）提供服務前，請務必至下列平台查詢民眾資格：

- 1、國民健康署「醫療院所預防保健服務系統」單一入口網(<https://pportal.hpa.gov.tw/Web/Notice.aspx>)，若有使用問題可電洽(02)25591971。
- 2、國民健康署「成人預防保健B、C型肝炎篩檢查詢系統」([https:// docs. google. com/ forms/ d/ 1S_](https://docs.google.com/forms/d/1S_)

5BIQyz9B1b10BMGeoK3XvWcKSwyxOK8qDGvB9TOHM/edit) (若衛生所無法使用請以單一入口網為主)，若有操作問題請將錯誤畫面截取並敘明原因以電子郵寄至hps.pmo@iisigroup.com，或電洽(02)2522-0696張小姐。

(二)服務提供流程：

- 1、民眾如同時符合成人預防保健服務資格者，應併同提供服務。
 - 2、如僅提供B、C型肝炎篩檢服務(醫令代碼L1001C)，限由醫院、診所申報，不提供雙軌作業。
- 四、檢附「成人預防保健服務補助金額表」、「國民健康署成人預防保健服務檢查紀錄結果表單」、「國民健康署成人預防保健服務檢查紀錄結果表單資料電子檔申報格式」各1份。

正本：本市成人預防保健服務之醫療院所1059家

副本：高雄市左營區衛生所、高雄市楠梓區衛生所、高雄市三民區衛生所、高雄市苓雅區衛生所、高雄市前鎮區衛生所、高雄市旗津區衛生所、高雄市小港區衛生所、高雄市三民區第二衛生所、高雄市鳳山區衛生所、高雄市鳥松區衛生所、高雄市杉林區衛生所、高雄市鼓山區衛生所、高雄市鳳山區第二衛生所、高雄市新興衛生所、社團法人高雄市醫師公會、社團法人高雄縣醫師公會、高雄市診所協會、高雄市健保診所協會

局長黃志中

該局正本已函成人預防保健院所1059家
副知本會

抄列網站
存查

高雄市醫師公會
理事長賴聰宏

康維報 9/2020

附件

成人預防保健服務補助金額表

(單位：新臺幣元)

醫令代碼	就醫序號	給付時程	服務項目	補助金額
L1001C	IC21	45歲至79歲者， 終身補助一次	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。】	200
	IC23			
	IC24	身分別為原住民 40歲至79歲者， 終身補助一次		

備註：

一、45歲至79歲及身分別為原住民40歲至79歲，終身補助1次B、C型肝炎篩檢，並自109年9月28日開始實施，並應配合如下：

- (1)民眾如同時符合成人預防保健服務資格者，應併同提供服務，分別申報成健醫令代碼(21-28)及代碼L1001C。
- (2)另考量檢查後之追蹤管理，如僅提供B、C型肝炎篩檢服務(醫令代碼L1001C)，限由醫院、診所申報，不提供雙軌作業。
- (3)代碼「21+L1001C」、「25+L1001C」及「27+L1001C」暫停使用。

二、醫令代碼「L1001C」：45≤就醫年-出生年≤79，終身補助一次；身分別原住民40≤就醫年-出生年≤79，終身補助一次。

三、成人預防保健服務B、C型肝炎檢查健保卡資料登錄作業說明：

- (1)就醫類別：請填「AC：預防保健」。
- (2)就診日期時間：由讀卡機提供。
- (3)保健服務項目註記：請填「02：成人預防保健」。
- (4)醫令類別：對應成人預防保健服務B、C型肝炎檢查處置費醫令，請填「3：診療」。
- (5)檢查項目代碼：45~64歲者請填「21」、65~79歲者請填「22」、罹患小兒麻痺者請填「23」、身分別為原住民者請填「24」。
- (6)診療項目代號：
45歲至79歲者，終身補助一次B、C型肝炎檢查處置費醫令，請填「L1001C」。

“△”第一階段日期： 年 月 日

第二階段日期： 年 月 日

(加註△為提供B、C型肝炎檢查必填欄位)

- ◎ 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45歲至79歲，或您是40歲至79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

- ◎ 成人預防保健服務補助時程為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。

- ◎ “△”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
	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	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) 五、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	一、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 二、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			

※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)。

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"/> 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：_____
	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：_____) 三酸甘油脂：_____ 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：_____) (僅適用三酸甘油脂 ≤ 400 mg/dl) ◎計算方式：總膽固醇 - 高密度脂蛋白膽固醇 - (三酸甘油脂 ÷ 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、三酸甘油脂、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)	

※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的特約醫事服務機構名稱：_____ 地址：_____

國民健康署成人預防保健服務檢查紀錄結果表單
資料電子檔申報格式

序號	欄位名稱	屬性	長度	備註	註： “△” 為 B、C 肝炎篩 檢必填 欄位
1	身分證統一編號	Character	10	共 10 碼/第 1 碼為英文	“△”
2	性別	Character	1	1：男；2：女	“△”
3	出生日期	Date	7	YYMMDD（共 7 碼/數字）	“△”
4	電話	Character	10		“△”
5	戶籍地	Character	4	0100：臺北市；0300：臺中市；0500：臺南市；0700：高雄市；1100：基隆市；1200：新竹市；2200：嘉義市；3100：新北市；3200：桃園縣；3300：新竹縣；3400：宜蘭縣；3500：苗栗縣；3700：彰化縣；3800：南投縣；3900：雲林縣；4000：嘉義縣；4300：屏東縣；4400：澎湖縣；4500：花蓮縣；4600：臺東縣；9000：金門縣；9100：連江縣	“△”
6	醫事機構代號	Character	10	共 10 碼	“△”
7	委託代檢醫事檢驗機構代號	Character	10	共 10 碼	“△”
8	第一階段檢查日期	Date	7	YYMMDD（共 7 碼/數字）	“△”
9	第二階段檢查日期	Date	7	YYMMDD（共 7 碼/數字）	
10	檢查結果上傳日期	Date	7	YYMMDD（共 7 碼/數字）	“△”
11	曾於成人預防保健服務時接受過 B、C 型肝炎檢查	Character	1	1：否；2：是	“△”
12	疾病史：高血壓	Character	1	1：無；2：有	“△”
13	疾病史：糖尿病	Character	1	1：無；2：有	“△”
14	疾病史：高血脂症	Character	1	1：無；2：有	“△”
15	疾病史：心臟病	Character	1	1：無；2：有	“△”
16	疾病史：腦中風	Character	1	1：無；2：有	“△”
17	疾病史：腎臟病	Character	1	1：無；2：有	“△”
18	吸菸	Character	1	1：不吸菸 2：朋友敬菸或應酬才吸菸 3：平均一天約吸一包菸（含以下） 4：平均一天約吸一包菸以上	
19	喝酒	Character	1	1：不喝酒 2：偶爾喝酒或應酬才喝 3：經常喝酒	
20	嚼檳榔	Character	1	1：不嚼檳榔 2：偶爾會嚼或應酬才嚼 3：經常嚼或習慣在嚼	

序號	欄位名稱	屬性	長度	備註	註： “△” 為 B、C 肝炎篩 檢必填 欄位
21	運動	Character	1	1：沒有 2：有，但未達每週 150 分鐘以上（2.5 小時） 3：有，且每週達 150 分鐘以上（2.5 小時）	
22	憂鬱檢測：第一題	Character	1	1：否； 2：是	
23	憂鬱檢測：第二題	Character	1	1：否； 2：是	
24	身高	Numeric	3	xxx (cm)	
25	體重	Numeric	3	xxx (kg)	
26	收縮壓	Numeric	3	xxx (mmHg)	
27	舒張壓	Numeric	3	xxx (mmHg)	
28	腰圍	Numeric	4	xx.x (吋) 或 xxxx (公分)	
29	BMI	Numeric	5	xxx.x	
30	尿液蛋白質	Numeric	4	定量：xxxx (mg/dl) 或 定性：0000：-；1100：+/-；1111：+； 2222：++；3333：+++；4444：++++	
31	血糖	Numeric	3	xxx (mg/dl)	
32	總膽固醇	Numeric	3	xxx (mg/dl)	
33	三酸甘油脂	Numeric	4	xxxx (mg/dl)	
34	低密度脂蛋白膽固醇 計算	Numeric	4	xxxx (mg/dl)	
35	高密度脂蛋白膽固醇	Numeric	4	xxxx (mg/dl)	
36	GOT	Numeric	4	xxxx (IU/l)	
37	GPT	Numeric	4	xxxx (IU/l)	
38	肌酸酐	Numeric	4	x.xx (mg/dl)	
39	腎絲球過濾率 (eGFR) 計算	Numeric	5	xxx.x (ml/min/1.73m ²)	
40	B 型肝炎表面抗原 (HBsAg)	Character	1	1：陰性； 2：陽性； 3：未執行	“△”
41	C 型肝炎抗體 (Anti- HC“#”)	Character	1	1：陰性； 2：陽性； 3：未執行	“△”
42	健康諮詢：戒菸	Character	1	1：否； 2：是	
43	健康諮詢：節酒	Character	1	1：否； 2：是	
44	健康諮詢：戒檳榔	Character	1	1：否； 2：是	
45	健康諮詢：規律運動	Character	1	1：否； 2：是	
46	健康諮詢：維持正常 體重	Character	1	1：否； 2：是	
47	健康諮詢：健康飲食	Character	1	1：否； 2：是	
48	健康諮詢：事故傷害 預防	Character	1	1：否； 2：是	
49	健康諮詢：口腔保健	Character	1	1：否； 2：是	

序號	欄位名稱	屬性	長度	備註	註： “△” 為 B、C 肝炎篩 檢必填 欄位
50	血壓檢查結果與建議	Character	1	1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：異常：建議：進一步檢查 4：異常：建議：接受治療	
51	血糖檢查結果與建議	Character	1	1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：異常：建議：進一步檢查 4：異常：建議：接受治療	
52	血脂肪檢查結果與建議	Character	1	1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：異常：建議：進一步檢查 4：異常：建議：接受治療	
53	腎功能檢查結果與建議	Character	1	1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：異常：建議：進一步檢查 4：異常：建議：接受治療	
54	肝功能檢查結果與建議	Character	1	1：正常 2：異常：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：異常：建議：進一步檢查 4：異常：建議：接受治療	
55	代謝症候群檢查結果與建議	Character	1	1：沒有 2：有：建議：生活型態改善，並定期__個月追蹤 3：有：建議：進一步檢查 4：有：建議：接受治療	
56	B 型肝炎檢查結果與建議	Character	1	1：陰性 2：陽性，建議進一步檢查	“△”
57	C 型肝炎檢查結果與建議	Character	1	1：陰性 2：陽性，建議進一步檢查	“△”
58	憂鬱檢測	Character	1	1：2 題皆答「否」 2：2 題任 1 題答「是」，建議轉介至相關單位接受進一步服務	
59	受檢民眾姓名	中文	20		“△”