

【附表二】

特約醫事服務機構申請辦理成人預防保健「健康加值」方案

檢驗服務，需具備能力試驗證明之說明表

生化基本項目 (chemistry)	測定項目至少應包含：Creatinine (血清肌酸酐)、Glucose (血糖)、Total cholesterol (總膽固醇)、Triglyceride (三酸甘油酯)、GOT、GPT。
能力試驗證明文件出具單位	1.國內：台灣醫事檢驗學會、財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)或相當等級之單位。 2.國外：美國病理學會(College of American Pathologists, CAP)或相當等級之單位。
能力試驗證明文件通過年份	(申請年份－文件年份) ≤ 3

### 【附表三】

#### 成人預防保健「健康加值」方案服務雙軌作業方式聲明書

我已經瞭解成人預防保健「健康加值」方案服務雙軌作業方式，並願意遵行下列事項：

- 我同意接受第一階段檢驗檢查服務後，於成人預防保健「健康加值」方案服務檢查單上註明執行第二階段服務之特約醫事服務機構名稱及住址。
  
- 第一階段檢驗檢查結果報告會於兩週內，逕寄至我選定之特約醫事服務機構，我必須直接至醫事服務機構索取報告並接受第二階段服務。

民眾或家屬簽名：

時間： 年 月 日

## 成人預防保健「健康加值」方案服務檢查單

第一階段日期： 年 月 日

第二階段日期： 年 月 日

1. 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)：\_\_\_\_\_
2. 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)：\_\_\_\_\_
3. 如果您是民國 55 年或以後出生，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)

## ※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 歲且其二親等以內血親曾患有乳癌之婦女，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 70 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。

4. 如果您到本院所就醫，並同時接受成人預防保健服務，請填寫本項：

本人同意於本次就醫時，同時接受成人預防保健服務。請簽名或蓋章(手印)：

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)		
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)			
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【理想值：男生：35吋；女生：31吋】 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：_____
	尿液檢查 蛋白質：_____mg/dl (參考值：_____ ) 生化檢查 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 <sup>2</sup> ◎計算方式：男性：186×(血清肌酸酐) <sup>-1.154</sup> ×(年齡) <sup>-0.203</sup> 女性：186×(血清肌酸酐) <sup>-1.154</sup> ×(年齡) <sup>-0.203</sup> ×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 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，建議進一步檢查 C 型肝炎抗體： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性，建議進一步檢查 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：\_\_\_\_\_