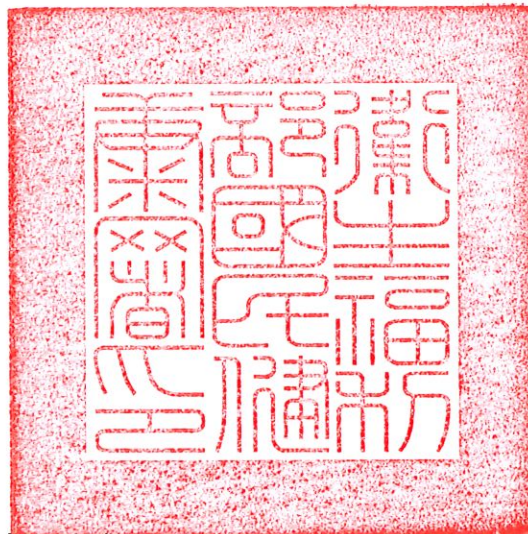


衛生福利部國民健康署 公告



發文日期：中華民國106年9月14日

發文字號：國健婦字第1060402431號

附件：兒童發展篩檢重要疾病轉介確診費用申報作業1份

主旨：公告「兒童發展篩檢重要疾病轉介確診費用申報作業」
(如附件)，並自即日生效。

說明：

- 一、為鼓勵執行兒童預防保健服務院所及醫師，於提供兒童預防保健服務時發現重要疾病(如：疑似發展遲緩兒童、膽道閉鎖、隱睪症或髖關節發育不良等疾病)兒童之轉介追蹤，105年版「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」內訂有前述轉介之申請費用說明(於105年注意事項兒童預防保健服務補助金額之備註)。本署於106年4月18日「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」公告修正時，因考量前項費用之審核及撥付，係由本署審查，未含在委託健保署辦理代支代付項目中，故將前述轉介確診費項目自該注意事項刪除。
- 二、茲為持續鼓勵執行兒童預防保健服務院所及醫師辦理疑似個案轉介，爰公告旨揭作業。請執行兒童預防保健服務之醫事服務機構依此申報作業辦理，相關內容及附表，已登

載於本署網站之健康主題/全人健康/嬰幼兒與兒童健康/兒童健康/主題文章(<http://www.hpa.gov.tw>)供下載查詢。

三、醫事服務機構於本申報作業公告前，依105年「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」所申領之重要疾病轉介確診費，本署亦受理之。

四、另本署前以100年4月20日國健婦字第1000400761號函修正之「兒童發展篩檢轉介確診作業說明」同步停止適用。

五、如有疑義，請洽業務窗口：(02)2522-0655朱小姐；(02)2522-0658李先生；如有系統登入問題，請洽本署委託之資拓宏宇國際股份有限公司楊小姐(聯絡電話：02-22536388分機1205；客服信箱：chp@ms2.iisigroup.com)。



署長王英偉

衛生福利部國民健康署 兒童發展篩檢重要疾病轉介確診費用申報作業

106年9月14日國健婦字第1060402431號公告訂定

壹、目的

為鼓勵執行兒童預防保健服務院所及醫師，發現重要疾病(包括：疑似發展遲緩兒童、膽道閉鎖、隱睪症或髖關節發育不良)兒童之轉介追蹤關懷，以利其及早接受後續診療，爰對院所轉介並經確診者，發給原轉介機構轉介確診費(每個案800元)。

貳、申請機構：

限辦理兒童預防保健服務之全民健康保險特約醫事服務機構。

參、費用申報作業流程

一、「疑似發展遲緩」轉介確診費：

(一)院所於辦理兒童預防保健服務時，發現疑似發展遲緩兒童，需先向家長說明及交付「全民健康保險院(所)轉診單」(表1-1)、「兒童發展評估醫療院所名單」(表1-2)。

(二)於本署「兒童健康管理系統」(<https://chp.hpa.gov.tw/>)登載「兒童預防保健疑似異常個案轉介追蹤紀錄」(表1-3)，轉診單或相關證明文件，留存於病歷中備查。

※兒童健康管理系統功能如有異動，請依據系統公告或電洽本署婦幼健康組。

(三)所轉介之疑似發展遲緩兒童，經本署輔導設置之兒童發展聯合評估中心(或衛生局認定之評估醫院)確診為「發展遲緩兒童」者，至前開系統列印「申領清單及領據(表1-4)」，用印後函送當地衛生局申報費用，轉本署審核後撥付費用予院所。

(四)衛生局應於每月15日前送件(表1-5)。

(五)當年度12月15日前轉介確診者，需於當年申領費用，自12月16日後轉介確診者，併列至次年度1月份申領費用。

二、「疑似膽道閉鎖」、「疑似隱睪症」、「疑似髖關節發育不良」轉介確診費：

(一)院所於辦理兒童預防保健服務時，發現疑似膽道閉鎖、隱睪症、髖關節發育不良兒童，需先向家長說明及交付「全民健康保險院(所)轉診單」(表1-1)。

(二)於本署「兒童健康管理系統」(<https://chp.hpa.gov.tw/>)登載「兒童預防保健疑似異常個案轉介追蹤紀錄」(表1-3)，轉診單或相關證明文件，留存於病歷中備查。

※兒童健康管理系統功能如有異動，請依據系統公告或電洽本署婦幼健康組。

(三)所轉介之疑似異常兒童，經轉診醫療院所確診為「膽道閉鎖」、「隱睪症」或「髖關節發育不良」者，至前開系統列印「申領清單及領據(表 1-4)」，用印後函送當地衛生局申報費用，轉本署審核後撥付費用予院所。

(四)衛生局應於每月 15 日前送件(表 1-5)。

(五)當年度 12 月 15 日前轉介確診者，需於當年申領費用，自 12 月 16 日後轉介確診者，併列至次年度 1 月份申領費用。

三、如採書面申報者，每月 5 日前，將確診為「疑似發展遲緩」、「膽道閉鎖」、「隱睪症」或「髖關節發育不良」兒童之轉診單或相關證明文件影本，連同「申領清單及領據」(表 1-4)完成填寫及用印後，送當地衛生局彙整，轉本署審核後撥付費用予院所。

表 1-1 全民健康保險

院(所)轉診單(轉診至

院所)

保險醫事服務機構代號：

原 診 院	保險對象基本資料	姓名	性別	出生日期	身分證號				
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日					
		聯絡人	聯絡電話	聯絡		地址			
療 歷 醫 院	摘要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)			D.藥物過敏史：				
		B.診斷		ICD-9-CM	病名				
		1.(主診斷)							
		2.							
診 所	醫師	C.檢查及治療摘要							
		1.最近一次檢查結果			2.最近一次用藥或手術名稱				
		日期：			日期：				
		報告：							
診 所	轉診目的	1. <input type="checkbox"/> 急診治療		4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目					
		2. <input type="checkbox"/> 住院治療		5. <input type="checkbox"/> 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤					
		3. <input type="checkbox"/> 門診治療		6. <input type="checkbox"/> 其他					
所	診所	院所住址			傳真號碼：				
					電子信箱：				
		姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章				
		開單日期	年 月 日	安排就醫日期	年	月	日	科 診 號	
接 受 轉 診 醫 院 診 所	診所	建議轉診院所科別		(必填)醫院 (必填)科 醫師		轉診院所地址及專線電話			
						地址：			
						電話：			
接 受 轉 診 醫 院 診 所	診所	處理情形		1. <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉診至 醫院		2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置，並住本院 病房治療中			
				3. <input type="checkbox"/> 已安排住本院 病房治療中		4. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中			
				5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下					
接 受 轉 診 醫 院 診 所	診所	治療摘要		1. 主診斷 ICD-9-CM： 病名：		2. 治療藥物或手術名稱			
						3. 輔助診斷之檢查結果			
		院所名稱				電話或傳真：			
						電子信箱：			
接 受 轉 診 醫 院 診 所	診所	診治醫師	姓名	科別	醫師簽章	回覆日期	年 月 日		

第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所回覆轉出醫院、診所
第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉診單限使用乙次

※以上欄位均屬必填，如無則填無

表 1-2

兒童發展評估醫療院所名單

親愛的家長

您好！您的寶寶已於 年 月 日 接受了第 次兒童預防保健服務 疾病就醫，經初步檢查 動作 語言 認知 社會情緒 其他： 有疑似遲緩的情形。建議您儘速帶寶寶就近至國民健康署委託之兒童發展聯合評估中心或地方政府所輔導之聯合評估醫院就診（見下表），以早期確認寶寶的健康狀況。

兒童發展評估醫療院所名單					
縣市	醫院名稱	聯絡電話	縣市	醫院名稱	聯絡電話
臺北市	國立臺灣大學醫學院附設醫院	02-23123456*67883	新竹市	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院	03-5326151*3523
	臺北榮民總醫院	02-28712121*2932/2940		台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院	03-6119595*6040
	臺北醫學大學附設醫院	02-27372181*3538	苗栗縣	大千綜合醫院	037-357125*75103
	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院	02-25433535*3051		財團法人為恭紀念醫院	037-676811*53382
	臺北市立聯合醫院中興院區兒童發展評估療育中心	02-25553000*2855	臺中市	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	04-26581919*4840
	臺北市立聯合醫院和平婦幼院區(和平院區)	02-23889595*8001		光田醫療社團法人光田綜合醫院	04-26625111*2624
	臺北市立聯合醫院松德院區	02-27263141*1135		臺中榮民總醫院	04-23592525*5936
	臺北市立聯合醫院仁愛院區	02-27093600*3126		佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院	04-3606-0666*4136
	臺北市立聯合醫院陽明院區	02-28353456*6875		中國醫藥大學附設醫院	04-22053366*2289
	長庚醫療財團法人臺北長庚紀念醫院	03-3281200*8148		中山醫學大學附設醫院	04-24739595*34306
	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院	02-27718151*2595		衛生福利部臺中醫院	04-22294411*5652/5653
	國泰醫療財團法人國泰綜合醫院	02-27082121*3579	彰化縣	衛生福利部彰化醫院	04-8298686*2043/2041
	新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院	02-28332211*2531		彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	04-7238595 *1164
	三軍總醫院附設民眾診療服務處	02-87923311*10406		秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院	04-7256166*83300~83303
	振興醫療財團法人振興醫院	02-28264400*3807		秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院	04-7813888*70289
	臺北市立關渡醫院	02-28587140	南投縣	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	049-2912151*2012
	臺北市立萬芳醫院	02-29307930*1802	雲林縣	天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院	05-6337333*2237
中國醫藥大學附設醫院臺北分院	02-27919696*1008	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院		05-5323911*6125	
新北市	行天宮醫療志業醫療財團法人思主公醫院	02-26723456*3305	嘉義市	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	05-2765041*6707
	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院	02-66289779*7713		衛生福利部嘉義醫院	05-2319090*2542
	天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院	02-22193391*67401	嘉義縣	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	05-3621000*2692
	行天宮醫療志業醫療財團法人思主公醫院	02-26723456*3305		佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院	05-264-8000*5773/1177
	國泰醫療財團法人汐止國泰綜合醫院	02-26482121*3610	臺南市	奇美醫療財團法人奇美醫院	06-2812811*55005
	衛生福利部臺北醫院	02-22765566*1106		國立成功大學醫學院附設醫院	06-2353535*4619
基隆市	衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)	02-22490088*2959	高雄市	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	07-7317123*8167
	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人淡水馬偕紀念醫院	02-28094661*2200		財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	07-3121101*6468
	新北市立聯合醫院(三重院區)	02-29829111*3500		高雄榮民總醫院	07-3422121*5017
	衛生福利部基隆醫院	02-24292525*3518		義大醫療財團法人義大醫院	07-6150011*5751
	長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院	02-24313131*2414		高雄市立小港醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)	07-8036783*3537
宜蘭縣	財團法人天主教靈醫會羅東聖母醫院	03-9544106*6516	屏東縣	衛生福利部旗山醫院	07-6613811*1013
	國立陽明大學附設醫院	03-9325192*73281		高雄市立大同醫院	07-2911101*8043
桃園市	醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院	03-9543131	安泰醫療社團法人安泰醫院	08-8329966*2012	
	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	03-3281200*8147	屏基醫療財團法人屏東基督教醫院	08-7368686*2417	

兒童發展評估醫療院所名單					
縣市	醫院名稱	聯絡電話	縣市	醫院名稱	聯絡電話
	壠新醫院	03-4941234*8271	花蓮縣	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院	03-8561825*12311/12312
	衛生福利部桃園醫院	03-369-9721*1203		臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院	03-8241240
	衛生福利部桃園療養院	03-3698553*4108	臺東縣	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台東馬偕紀念醫院	089-351642
	敏盛綜合醫院(三民院區)	03-3379340*520		東基醫療財團法人台東基督教醫院	089-960115
	國軍桃園總醫院	03-4807777*325143	澎湖縣	財團法人天主教靈醫會惠民醫院	06-9272318*120
	天成醫療社團法人天晟醫院	03-4629292*22210	金門縣	衛生福利部金門醫院	082-331960
新竹縣	東元綜合醫院	03-5527000*1617	連江縣	連江縣立醫院	0836-23995*1316

備註：表列兒童發展評估醫療院所資訊，仍可能有異動，若需即時資訊，請至國民健康署網站（首頁/健康主題/婦幼健康/兒童健康/主題公告）或地方政府衛生局洽詢。

表 1-3 兒童預防保健疑似異常個案轉介追蹤紀錄 (以第 1 次 0-2 個月為例)

兒 童 資 料	兒童姓名		身 分 證 統 一 編 號			
	出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡	歲 月
	就醫日期	年 月 日	就醫 原因	<input type="checkbox"/> 第 1 次兒童預防保健 <input type="checkbox"/> 疾病就醫 (非補助對象)		
轉 介 原 因						
<input type="checkbox"/> 1.發展異常情形		異常 類別	<input type="checkbox"/> 動作 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 社會情緒 <input type="checkbox"/> 其他			
		發展 異常 題項	<input type="checkbox"/> (1)俯臥時，是否能將頭稍微抬離床面？ <input type="checkbox"/> (2)出現巨大聲音時，是否會驚嚇得手腳伸開或哭出來？ <input type="checkbox"/> (3)用手電筒照射寶寶的眼睛，他是否會眨眼？ <input type="checkbox"/> (4)在耳邊搖動鈴鐺或其他會發出聲音的東西，是否會有反應(眨眼、驚嚇、突然安靜下來、稍微轉頭等)？ <input type="checkbox"/> 其他發展異常題項 (非兒童健康手冊之題項)：			
		其他 原因	<input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 視覺 <input type="checkbox"/> 早產兒 <input type="checkbox"/> 低出生體重 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明：)			
<input type="checkbox"/> 2.身體檢查異常		<input type="checkbox"/> (1)疑似髖關節發育不良(髖關節篩檢異常) <input type="checkbox"/> (2)疑似隱睪症 <input type="checkbox"/> (3)疑似膽道閉鎖 (大便卡顏色不正常 No1-6)				
原 轉 介 醫院診所			轉介醫師			
髖關節發育不良、隱睪症、膽道閉鎖之確診追蹤結果 (由原轉介院所負責追蹤及登錄)						
<input type="checkbox"/> 無異常發現 <input type="checkbox"/> 需繼續追蹤觀察 <input type="checkbox"/> 確認診斷為： <input type="checkbox"/> 髖關節發育不良 <input type="checkbox"/> 隱睪症 <input type="checkbox"/> 膽道閉鎖 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明：)						
確診及治療 醫院名稱		醫事機構 代碼		確診日期		
<input type="checkbox"/> 此案無法追蹤，轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤； 追蹤單位： (縣/市) 衛生所； 追蹤人員姓名： ， 追蹤日期： 年 月 日。						

※兒童健康管理系統功能如有異動，請依據系統公告或電洽本署婦幼健康組。

表 1-4 兒童發展篩檢重要疾病轉介費申領清單及領據 (醫療院所用)

個案姓名	戶籍地 鄉鎮市區	兒童預防保健		轉介確診費項目 *註	確診院所名稱
		就醫日期	醫令代碼		

註：轉介確診費項目，請依照下列代碼填列，1：「疑似發展遲緩轉介確診費」，2：「疑似膽道閉鎖轉介確診費」，3：「疑似隱睪症轉介確診費」，4：「疑似髖關節發育不良轉介確診費」。

※本機構申領該項費用已確認上述資料無誤，如有虛偽不實，本機構依規定願檢還相關費用至國民健康署並自負一切法律責任。

茲領到 年 月兒童發展篩檢重要疾病轉介確診費，計新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 衛生福利部國民健康署

主辦人員： (請簽章)

醫院 (診所) 出納人員： (請簽章)

名稱 (全銜)：請寫全銜及蓋機關章 會計人員： (請簽章)

醫院 (診所) 統一編號： 院 長： (請簽章)

聯絡電話：()

註：私立醫院 (診所) 如無會計出納人員可免簽章

掛號信收件地址：()

撥款之銀行名稱 (分行)： 金融帳號： 戶名：

中華民國 年 月 日

表 1-5

縣市衛生局（ 年 月）

兒童發展篩檢重要疾病轉介費用申領清單及領據送件清單（衛生局用）

醫院（診所）	申請補助金額	備註

備註：衛生局應於每月 15 日前，將送件清單（請自行留存乙份備查），連同醫事機構申領清單及領據，送衛生福利部國民健康署婦幼健康組核撥費用。

審核單位：

縣市衛生局

承辦人

科(課)長

中華民國 年 月 日