

# 醫療機構提供油症患者健康檢查注意事項

107年1月修正

- 一、辦理油症患者健康檢查之醫療機構於提供健檢前須依作業流程確認油症患者身分，並於提供油症患者健康檢查後，依照本署之成人預防保健服務方式提供油症患者第二階段服務(含第一階段之檢查結果判讀與建議、身體檢查及健康諮詢)，方為完成健檢。
- 二、有關費用申報，請醫療機構填具「油症患者健康檢查補助款申領清單」，並檢附醫院制式收據及油症患者健康檢查紀錄2份(含A表+B表之第三聯國民健康署存查聯及第四聯衛生局(所)存查聯)及油症患者健檢通知單，於每季之(3月、6月、9月、12月)10日前函送前3個月健檢費用，掛號寄至列管該油症患者之衛生局「油症患者健康照護服務窗口」申報費用，並於信封上註明「○年○月油症患者健檢費用申請」。衛生局審核醫療機構送件資料，並留下第四聯衛生局(所)存查聯，據以進行個案管理服務，於該月20日前填寫申領送件清單，連同醫療機構之補助款申領清單及領據函送本署辦理核撥補助金額予醫療機構。
- 三、為配合每年度之會計年度結算，當年度11月30日以前完成之油症患者健檢服務請務必於當年12月20日前向本署申報完畢。當年度12月以後完成之油症患者健康檢查，可併列至次年度3月份之申領送件清單核辦。未依規定期限或申報之資料不完整、不正確，經通知限期補正，逾期未補正，致無健檢結果者不予支付。
- 四、辦理油症患者健康檢查之醫療機構，本署得實施不定期之查核。經查有費用申報不實、費用申報與服務提供不符、相關表單之記載虛偽不實或其他違反醫療相關法規者，本署將追繳費用，並得終止辦理油症患者健康檢查服務之資格。
- 五、如有相關問題，請洽本署油症服務專線：(02)2522-0730。

# 110年油症患者免費健檢項目及補助金額

項目	A表單		B表單(油症患者健康檢查紀錄表)					A表+B表
	成人預防保健服務		實驗室檢查(B)	心電圖	腹部超音波	胸部X光檢查	FOBT	合計
單價(元)	一階 300	二階 220	390	150	882	200	200	2,342

一件油症患者  
最高補助金額  
上限為  
新臺幣2342元

- ◆ 每年提供油症患者一次免費健康檢查
- ◆ 自107年起無需檢核是否符合成人預防保健服務及FOBT篩檢資格。
- ◆ 核銷相關費用請彙整後逐季送衛生局轉本署辦理核銷。
- ◆ FOBT請於預約時，事先詢問患者施作意願，避免患者無法繳回採檢管。
- ◆ 如患者符合其他預防保健服務之資格（如4癌篩檢、BC肝篩檢等），請協助提供篩檢服務，並循例向本署預防保健服務請款。

# 填寫相關文件注意事項

注意事項：本表資料將會做為衛生單位政策評估或個案健康管理時使用，如受檢者不同意，得隨時以書面通知衛生福利部國民健康署（臺北市大同區塔城街36號）並註明受檢人姓名、身分證統一編號、檢查時間及檢查單位，如未通知，視為同意。

## 衛生福利部國民健康署

### 108年度油症患者健康檢查單(A表單)

第一階段日期： 年 月 日

第二階段日期： 年 月 日

#### ※請注意：

- ◎ 若受檢民眾同時符合執行本署提供之預防保健服務者，就提供服務或轉介民眾至適當院所執行。
- ◎ 油症患者健康檢查每年補助一次，如有重複或超次執行者，其費用由受檢對象自行負擔。
- ◎ 本人同意接受油症患者健康檢查服務。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，以作醫師參考。  
※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。

1. 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	( )			
	現住地址	_____縣(市)_____鄉鎮市區_____村里_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓									
所屬衛生局(列冊地區)	_____縣(市)(政府)衛生局		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										

2. 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) <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		
	頭部 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：_____		
3. 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		
4. 實驗室檢查(A)	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 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/1.73m <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		
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_____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_____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_____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_____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_____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_____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 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		

第一聯 醫院通知受檢對象檢查結果聯。 第三聯 衛生福利部國民健康署存查聯。  
第二聯 醫院留存聯(本資料請留存於病歷)。 第四聯 縣市衛生局(所)存查聯。

注意事項：本表資料將會做為衛生單位設置評估或個案健康管理時使用，如受檢者不同意，得隨時以書面通知衛生福利部國民健康署（臺北市大同區塔城街36號）並註明受檢人姓名、身分證統一編號、檢查時間及檢查單位，如未通知，視為同意。

衛生福利部國民健康署

108年癡癩症患者健康檢查單(B表單)

第一階段日期： 年 月 日		第二階段日期： 年 月 日	
基本資料	身分證統一編號	姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
現住地址	縣(市) 鄉鎮市區 村里 鄰	路(街) 段 巷 弄 號 樓	電話
所屬衛生局(列冊地區)	縣(市) (政府)衛生局	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
自述	1. 請問您平常是否會覺得四肢末端麻木疼痛？ <input type="checkbox"/> 不覺得 <input type="checkbox"/> 偶爾覺得 <input type="checkbox"/> 經常覺得 2. 請問您平常是否會覺得關節腫脹疼痛？ <input type="checkbox"/> 不覺得 <input type="checkbox"/> 偶爾覺得 <input type="checkbox"/> 經常覺得		
身體檢查	眼睛 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 眼瞼浮腫 <input type="checkbox"/> 眼板腺(meibomian gland)腫大 <input type="checkbox"/> 分泌乳酪樣眼脂 皮膚 <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常： <input type="checkbox"/> 色素沉著 <input type="checkbox"/> 面皰 <input type="checkbox"/> 膿腫 <input type="checkbox"/> 痤瘡 <input type="checkbox"/> 臉部蝴蝶斑(Butterfly Rash) <input type="checkbox"/> 其他：_____		
健康量表	<p>1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒</p> <p><input type="checkbox"/>完全沒有 <input type="checkbox"/>輕微 <input type="checkbox"/>中等程度 <input type="checkbox"/>厲害 <input type="checkbox"/>非常厲害</p> <p>2. 感覺緊張不安</p> <p><input type="checkbox"/>完全沒有 <input type="checkbox"/>輕微 <input type="checkbox"/>中等程度 <input type="checkbox"/>厲害 <input type="checkbox"/>非常厲害</p> <p>3. 覺得容易苦惱或動怒</p> <p><input type="checkbox"/>完全沒有 <input type="checkbox"/>輕微 <input type="checkbox"/>中等程度 <input type="checkbox"/>厲害 <input type="checkbox"/>非常厲害</p> <p>4. 感覺憂鬱、心情低落</p> <p><input type="checkbox"/>完全沒有 <input type="checkbox"/>輕微 <input type="checkbox"/>中等程度 <input type="checkbox"/>厲害 <input type="checkbox"/>非常厲害</p> <p>5. 覺得比不上別人</p> <p><input type="checkbox"/>完全沒有 <input type="checkbox"/>輕微 <input type="checkbox"/>中等程度 <input type="checkbox"/>厲害 <input type="checkbox"/>非常厲害</p> <p>總分：_____分</p> <p>※附加題：有自殺的想法</p> <p><input type="checkbox"/>完全沒有 <input type="checkbox"/>輕微 <input type="checkbox"/>中等程度 <input type="checkbox"/>厲害 <input type="checkbox"/>非常厲害</p>		
表	<p>分數說明： 完全沒有：0分 輕微：1分 中等程度：2分 厲害：3分 非常厲害：4分</p> <p>1至5題之總分說明： 0-5分：身心適應狀況良好。 6-9分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。 10-14分：中度情緒困擾，建議尋求心理諮詢或接受專業諮詢。 15分以上：重度情緒困擾，當高關懷，建議尋求專業輔導或精神治療。</p> <p>此題為單項評分，2分以上（中等程度）時，即建議尋求專業輔導或精神治療。</p> <p>【資料來源】國立台大醫學院精神科教授暨精神科主治醫師李明廣醫師</p>		

實驗室檢查 (B)

(1) 白血球分類：

帶狀球(Band)：	_____ %	(參考值：)
中性球(Segmented)：	_____ %	(參考值：)
嗜酸球(Eosinophil)：	_____ %	(參考值：)
嗜鹼球(Basophil)：	_____ %	(參考值：)
單核球(Monocyte)：	_____ %	(參考值：)
淋巴球(Lymphocyte)：	_____ %	(參考值：)

(2) 全套血液檢查：

紅血球計數：	_____ $10^6/\mu\text{L}$	(參考值：)
白血球計數：	_____ $10^3/\mu\text{L}$	(參考值：)
血色素：	_____ g/dL	(參考值：)
血球容積比：	_____ %	(參考值：)
血小板計數：	_____ $10^3/\mu\text{L}$	(參考值：)
紅血球平均體積：	_____ fL	(參考值：)
平均血色素濃度：	_____ g/dL	(參考值：)
平均血紅素量：	_____ pg	(參考值：)

(3) 鹼性磷酸酵素(ALP)：\_\_\_\_\_ IU/L (參考值：)

(4) 加瑪麩胺醣轉移酵素( $\gamma$ -GT)：\_\_\_\_\_ IU/L (參考值：)

心電圖：正常 異常：\_\_\_\_\_

腹部超音波：(包括肝、膽囊、胰、脾、下腔靜脈、腹主動脈、腎及其他腹部超音波在內)  
正常 異常：\_\_\_\_\_

胸部X光檢查：正常 異常：\_\_\_\_\_

定量免疫法糞便潛血檢查(FOBT)：\_\_\_\_\_

建議事項	<p>請務必蓋上院章及醫師檢查章，如為影本，請加蓋「與正本相符」等同字樣章(A、B表單皆須加蓋)。</p>
------	---

醫療機構名稱及代號(蓋章)	檢查醫師簽名(蓋章)
---------------	------------

第一聯 醫院通知受檢對象檢查結果聯。 第三聯 衛生福利部國民健康署存查聯。  
第二聯 醫院留存聯(本資料請留存於病歷)。 第四聯 縣市衛生局(所)存查聯。

油症患者健康檢查

\_\_\_\_年\_\_\_\_月補助款申領清單（醫療機構用）

個案姓名	身分證字號	出生日期	健檢 完成日期	檢查項目 (請勾選)	申請金額 (新台幣：元)
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
<b>合計</b>	油症患者健康檢查____案		<b>總金額</b> _____元		

自107年起，辦理核銷時檢附醫院制式收據及申領清單；並請**確認兩者的核銷金額為一致**。

※ 本健檢補助項目為不分年齡均可作 A+B 表(檢查項目 1~9 項), 並自 107 年起無需檢核是否符成人預防保健服務及 FOBT 篩檢資格。  
 ※ 如有特殊情況無法進行完整健康檢查, 得於其他項下備註, 並依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」核扣相關費用。  
 ※ 請於每季之(3月、6月、9月、12月)10日前函送前3個月健檢費用, 掛號寄至列管該油症患者之衛生局申報費用; 未依規定期限或申報之資料不完整、不正確, 經通知限期補正, 逾期未補正, 致無健檢結果者不予支付。

務必開立本署全銜  
，勿開為衛生局

醫院  
(經營)  
) HOSPITAL

統一編  
電話：  
地址：

收據  
RECEIPT

收字第No: B000100

統一編號: 0161

日期: 107年 06月 11日  
Date

電腦號碼No: B1070004473

繳款單位: 衛生福利部國民健康署  
Received From

此收據請妥善保存，遺失恕不補發。

繳款項目 Item	金額 Amount	備註 Memo
健康檢查費	2,142	支票付款方: 支票抬頭: 款項匯入: 匯款帳號: 匯款戶名: 匯款地址:
繳款方式 Payment	應收	合計 Total
合計新台幣: The Sum Of:	NT\$ 2,142	帳款月份 Payment Month

第一聯: 收執聯

備註醫院匯款帳戶  
或另附匯款資料

本收據印  
花稅總繳

1. 依照印花稅法第6條第14款規定如為捐贈免繳印花稅。
2. 本收據若經塗改或未蓋收款員章無效。

院長

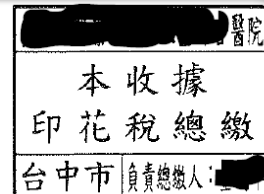
主辦會計

主辦出納

收款員

需有「印花稅總繳」字樣或  
貼有「印花稅」稅票

印花稅



\_\_\_\_\_衛生局(\_\_\_\_年\_\_\_\_月)

油症患者健康檢查補助款申領清單及領據送件清單 (衛生局用)

醫院	申請補助金額	備註

備註：衛生局應於每月 20 日前，將送件清單(請自行留存乙份備查)，連同醫療機構申領清單及領據，送衛生福利部國民健康署社區健康組核撥費用。

審核單位

\_\_\_\_\_衛生局

承辦人 **核章** 科(課)長 **核章**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日