

附件 1.

國民健康署成人預防保健服務檢查紀錄結果表單

“△”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)

- ◎ 如果您年齡為四十歲以上未滿六十五歲，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）：
- ◎ 如果您是三十五歲以上小兒麻痺患者、五十五歲以上原住民或六十五歲以上者，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）：
- ◎ “△” 如果您是四十五歲至七十九歲，或您是四十歲至七十九歲原住民，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：	三十歲以上婦女每年一次	☐ 是 ☐ 否
●乳房攝影檢查：	四十五歲以上至未滿七十歲之婦女及四十歲以上至未滿四十五歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女，每二年一次	☐ 是 ☐ 否
●口腔黏膜檢查：	三十歲以上嚼檳榔或吸菸者，每二年一次	☐ 是 ☐ 否
●糞便潛血檢查：	五十歲以上至未滿七十五歲者，每二年一次	☐ 是 ☐ 否

- ◎ 成人預防保健服務補助時程為四十歲以上未滿六十五歲者，每三年補助一次；三十五歲以上小兒麻痺患者、五十五歲以上原住民或六十五歲以上者，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	☐ 男 ☐ 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		☐ 無 ☐ 小學 ☐ 國（初）中 ☐ 高中（職） ☐ 專科、大學 ☐ 研究所以上							
疾病史	☐ 高血壓 ☐ 糖尿病 ☐ 高血脂症 ☐ 心臟病 ☐ 腦中風 ☐ 腎臟病 ☐ B 型肝炎 ☐ C 型肝炎 ☐ 精神疾病 ☐ 其他：_____												
長期服藥	☐ 無 ☐ 有，病因_____												
家族史	☐ 高血壓 ☐ 糖尿病 ☐ 血脂異常 ☐ 心臟病 ☐ 腦中風 ☐ 精神疾病 ☐ 癌症_____ ☐ 其他：_____												
健康行為	一、最近半年來，您吸菸的情形是？ ☐ 不吸菸 ☐ 朋友敬菸或應酬才吸菸 ☐ 平均一天約吸一包菸（含以下） ☐ 平均一天約吸一包菸以上 二、最近半年來，您喝酒的情形是？ ☐ 不喝酒 ☐ 偶爾喝酒或應酬才喝 ☐ 經常喝酒 三、最近半年來，您嚼檳榔的情形是？ ☐ 不嚼檳榔 ☐ 偶爾會嚼或應酬才嚼 ☐ 經常嚼或習慣在嚼 四、最近二週，您是否有運動（每週達 150 分鐘以上）？ ☐ 沒有 ☐ 有，但未達每週 150 分鐘（2.5 小時） ☐ 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？ ☐ 沒有 ☐ 有												
憂鬱檢測	一、過去二週，你是否感覺情緒低落、沮喪或沒有希望？ ☐ 否 ☐ 是 二、過去兩週，你是否感覺做事情失去興趣或樂趣？ ☐ 否 ☐ 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： $18.5 \leq \text{BMI} < 24$ 】 ◎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 ☐ 無明顯異常 ☐ 異常： ☐ 助聽器 ☐ 齲齒 ☐ 牙結石或牙周病 ☐ 其他 頸部 淋巴腺腫大： ☐ 有 ☐ 無 甲狀腺腫大： ☐ 有 ☐ 無 胸 部： ☐ 無明顯異常 ☐ 異常：_____ 心臟聽診： ☐ 無明顯異常 ☐ 異常：_____ 呼吸聽診： ☐ 無明顯異常 ☐ 異常：_____ 腹 部： ☐ 無明顯異常 ☐ 異常：_____ 四 肢： ☐ 無明顯異常 ☐ 異常：_____ 其他異常：_____	
	實驗室檢查	尿液檢查 蛋白質：定性： ☐ ：— ☐ ：+/- ☐ ：+ ☐ ：++ ☐ ：+++ ☐ ：++++ 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 $\div 5$ ） 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： $186 \times (\text{血清肌酸酐})^{-1.154} \times (\text{年齡})^{-0.203}$ 女性： $186 \times (\text{血清肌酸酐})^{-1.154} \times (\text{年齡})^{-0.203} \times 0.742$ “△”B 型肝炎表面抗原（HBsAg）： ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 未執行 “△”C 型肝炎抗體（Anti-HCV）： ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 未執行
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	
檢查結果與建議	身體檢查部分： 血 壓： ☐ 正常 ☐ 異常：建議 ☐ 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 ☐ 進一步檢查 ☐ 接受治療 飯前血糖： ☐ 正常 ☐ 異常：建議 ☐ 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 ☐ 進一步檢查 ☐ 接受治療 血脂肪： ☐ 正常 ☐ 異常：建議 ☐ 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 ☐ 進一步檢查 ☐ 接受治療 腎功能： ☐ 正常 ☐ 異常：建議 ☐ 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 ☐ 進一步檢查 ☐ 接受治療 肝功能： ☐ 正常 ☐ 異常：建議 ☐ 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 ☐ 進一步檢查 ☐ 接受治療 代謝症候群： ☐ 沒有 ☐ 有：建議 ☐ 生活型態改善，並定期_____個月追蹤 ☐ 進一步檢查 ☐ 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，其中三項或超過三項異常） “△”B 型肝炎表面抗原： ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 進一步檢查 ☐ 接受治療 “△”C 型肝炎抗體： ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 進一步檢查 ☐ 接受治療 咳嗽症狀： ☐ 沒有 ☐ 有：建議轉診進一步評估是否可能為結核病 憂鬱檢測： ☐ 二題皆答「否」 ☐ 二題任一題答「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：_____