

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 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：_____