

附表六之四修正規定

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：民國 年 月 日

第二階段日期：民國 年 月 日

(加註“△”為提供 B、C 型肝炎檢查必填欄位)

- ◎ 成人預防保健服務補助時程為三十歲以上未滿四十歲者，每五年補助一次；四十歲以上未滿六十五歲，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）
- ◎ “△”成人預防保健服務 B、C 型肝炎檢查補助時程經機構查詢符合檢查條件者，終身一次。本人同意接受檢查，請簽名或蓋章（手印）：
- （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	原住民	☐ 是 ☐ 否	
	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： ☐ 小兒麻痺 ☐ 以上均無																
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： ☐ 以上均無																
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																
身體檢查	身高：___公分 體重：___公斤 脈搏：___次/分 血壓：___/___mmHg 腰圍：___公分 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 ☐ 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：_____																

※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）。

實驗室檢驗	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÷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 m² ◎計算方式：自115年採用2021 CKD-EPI 公式＝ $142 \times \min(\text{血清肌酸酐}/K, 1)^{\alpha} \times \max(\text{血清肌酸酐}/K, 1)^{-1.200} \times 0.9938^{\text{年齡}} \times 1.012$ [如為女性] ※min 和 max 表示在計算過程中選擇 Scr/K 和 1 之間最小值或最大值。 ※K：0.7 (女性) 或 0.9 (男性)；α：-0.241(女性) 或 -0.302 (男性)；如為女性，則乘以 1.012。 尿酸： mg/dl ◎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）：☐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(含150分鐘/每週) ☐維持正常體重 ☐健康飲食(含我的健康餐盤) ☐事故傷害預防 ☐口腔保健 ☐慢性疾病風險評估 ☐腎病識能衛教指導（含尿蛋白、eGFR 之數據、腎功能期別及其嚴重度、危險因子衛教）
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：期別__ 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，其中三項以上異常） 慢性疾病風險值：冠心病(1.____%；2.不適用)、糖尿病(1.____%；2.不適用)、高血壓(1.____%；2.不適用)、腦中風(1.____%；2.不適用)、心血管不良事件(1.____%；2.不適用) “△”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
“△”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之特約醫事服務機構名稱：_____地址：_____