

衛生福利部國民健康署

新住民懷孕婦女未納健保產前檢查補助計畫

中華民國100年03月09日國健婦字第1000400442號訂定
中華民國101年05月04日國健婦字第1010401033號修正
中華民國102年08月02日國健婦字第1020410224號修正
中華民國102年11月11日國健婦字第1020411225號修正
中華民國103年12月17日國健婦字第1030402951號修正
中華民國107年08月03日國健婦字第1070401950號修正
中華民國109年08月20日國健婦字第1090402145號修正
中華民國110年06月09日國健婦字第1100401494號修正
中華民國111年05月06日國健婦字第1110461192號修正

壹、背景說明

新住民來台後，除有受雇者得從受雇日參加全民健保外，其餘應自持有居留證明文件滿6個月起，始可參加全民健保。有鑑於產前檢查是為了保護孕婦、胎兒健康及預防孕期與臨產時可能發生的問題，以俾及時發現及時提供妥善之防範或治療，故產前檢查是孕期保健的重要措施之一，有益於孕期、分娩及產後期間之母子安全。為持續保護新住民婦女在未納全民健保前之生育健康，使渠等於懷孕期間，均能受到規律的產前檢查措施，保護其母子健康，本署自100年起編列預算提供配偶為中華民國國民之新住民懷孕婦女未納健保產前檢查服務，與國人享有相同產檢補助服務，並於110年7月1日增加產檢次數及項目，產前檢查增加至14次，並新增妊娠糖尿病篩檢、貧血檢驗與2次超音波檢查。今為配合衛福部111年3月8日衛授國字第1111460140號令修正發布「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」自111年7月1日生效，爰修正本補助計畫。

貳、期程：自111年7月1日實施。

參、補助對象、項目及基準

- 一、對象及項目：配偶為中華民國(以下稱我國)國民之新住民懷孕婦女未納健保之產前檢查費用。
- 二、補助基準：依衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」所訂之孕婦產前預防保健服務之補助標準辦理。

肆、產前檢查補助款申領流程

- 一、配偶為我國國民之新住民懷孕婦女(以下簡稱個案)：
備齊戶口名簿或現戶戶籍謄本正本及居留證正本，至所在地之鄉鎮市區衛生所提出申請。
- 二、鄉鎮市區衛生所人員：
 - (一)查驗個案檢附之身分證明文件。
 - (二)於確認無誤後影印留存，並至健康署建置之「婦幼健康管理整合系統」登錄個案基本資料，由該系統列印產前檢查個案紀錄聯(含衛生所存根聯)一式

15份(如附件1)，於核發人員欄位蓋衛生所人員職章後核發給個案14份，作為就醫憑證使用，存根聯與個案身分證明文件影本，留存衛生所備查。

三、個案產前檢查需備文件：

個案持產前檢查個案紀錄聯，配合產檢使用，連同孕婦健康手冊至院所接受產前檢查；每次產前檢查使用1張個案紀錄聯，除特殊原因，遺失不再補發。

四、醫療院所及助產所提供服務及申報費用：

- (一)提供服務之院所應符合健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」所訂之資格條件，並遵循其相關規定。
- (二)院所應確認個案是否尚未納入全民健保，倘個案持有健保卡，院所不得重複申請健康署該項產檢服務費用，經查有重複申報者，健康署將追繳該項費用。
- (三)收取個案「產前檢查個案紀錄聯」(附件1)。其餘各項產前預防保健服務結果表：健康署孕婦產前預防保健服務血液及尿液常規項目紀錄結果表(附件2)、健康署第一次產檢超音波檢查紀錄結果表(附件3)、健康署第二次產檢超音波檢查紀錄結果表(附件4)、健康署第三次產檢超音波檢查紀錄結果表(附件5)、健康署第一次及第二次產前檢查健康照護衛教指導檢查紀錄結果表(附件6)、健康署妊娠糖尿病篩檢/貧血檢驗紀錄結果表(附件7)、健康署產前乙型鏈球菌檢查紀錄結果表(附件8)，院所如需紙本，可逕至健康署官網>健康促進法規>預防保健服務類下載使用。
- (四)院所提供各項孕婦產前預防保健服務前，請至健康署「婦幼健康管理整合系統」查詢，該項產前預防保健服務是否已由其他院所提供服務。
- (五)產檢相關資料上傳及保存：
 - 1.提供產前檢查之院所，至健康署「婦幼健康管理整合系統」鍵入產檢補助款請領資料、上傳補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查個案紀錄聯及登錄各項孕婦產前預防保健服務之檢查結果。
 - 2.院所應自提供各項孕婦產前預防保健服務項服務日(採檢日或實際檢查日)之次日起十四日內，依該項預防保健服務規定，詳實登錄上傳該項目之檢查結果至健康署「婦幼健康管理整合系統」。屆期未登錄上傳相關資料，健康署不予核付費用；醫事服務機構有異議時，得於健康署函文核付通知後60日內檢附「新住民懷孕婦女未納健保產前檢查補助計畫申復清單」(附件9)、記載提供該項產檢服務項目之相關病歷，及該項產檢服務項目結果上傳時間之畫面，向健康署提起申復。
 - 3.產前檢查個案紀錄聯(附件1)、各項產前預防保健服務結果表(附件2-8)及附件相關資料紙本請留存於病歷，並依據醫療機構電子病歷製作及管理辦法第2條，醫事服務機構若以電子文件方式製作及貯存之病歷，得免另以紙本方式保存。惟依據醫療機構電子病歷製作及管理辦法第5條，電子文件內容應可完整呈現，並得隨時列印或取出供管理機關查驗。

4. 請於提供各項服務月之次月至「婦幼健康管理整合系統」產出補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查個案醫療補助款申領清單及領據(附件10)，寄送健康署核辦。若未及於次月前申報補助者，限於服務次月起六個月內，向健康署申報費用，逾期未申報者，不予核付費用。
- (六)提供產前檢查之院所，不得事先向個案收取產檢補助費用，由健康署逕行核付申領院所。

五、健康署審核及核撥費用：

- (一)由健康署審核院所函送之醫療補助款申領清單及領據(附件10)及系統上之「產檢補助資訊」、產前檢查個案紀錄聯(附件1)及各項孕婦產前預防保健服務之檢查結果後，依各該院所實際申請金額，逕行核撥補助款至各院所。
- (二)健康署得實施不定期之查核與輔導。

伍、本項服務經費來源：健康署菸害防制及衛生保健基金。

國民健康署補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查個案紀錄聯

第一聯

聯單編號：

以下請衛生所填寫

姓名：
 出生日期：民國 年 月 日
 國籍別：
 我國配偶姓名：
 配偶戶籍地址：
 目前居住地址：
 聯絡電話一： 聯絡電話二： 行動電話：
 孕次：第 次 胎次：胎
 最後一次月經：民國 年 月 日 預產期：民國 年 月 日

核發所在： 核發單位：	核發人員【蓋職章】： 核發日期：民國 年 月 日
補發所在： 補發單位：	補發人員【蓋職章】： 補發日期：民國 年 月 日

以下請醫療院所填寫

醫療院所/助產所代碼 (機構代碼)：
 懷孕週數：_____ 週
 ※請勾選本次產檢項目及申請補助總金額：_____ 元 (即勾選項目金額之加總)
第 1 次 340 元、第 2 次 735 元(需登錄檢查結果)、第 3 次 340 元、第 4 次 340 元、
第 5 次 340 元、第 6 次 340 元、第 7 次 340 元、第 8 次 403 元(需登錄檢查結果)、
第 9 次 340 元、第 10 次 340 元、第 11 次 340 元、第 12 次 340 元、第 13 次 340 元、
第 14 次 340 元。
 醫療院所/助產所所在：____ 縣市 _____ 鄉鎮市區
：1. Rubella IgG 實驗室檢驗：於第 2 次產前檢查可申領 1 次 216 元 (惟因特殊情況無法於本次檢查者，得由醫師專業判定，結合任一次產前檢查時接受本項檢查) 需登錄檢查結果。
：2. HBsAG、HBeAG 實驗室檢驗：於第 2 次產前檢查可申領 1 次 450 元 (惟因特殊情況無法於本次檢查者，得由醫師專業判定，結合任一次產前檢查時接受本項檢查)，需登錄檢查結果。
：3. 第 8-16 週超音波檢查：550 元，需登錄檢查結果。
：4. 第 20 週前後超音波檢查：550 元，需登錄檢查結果。
：5. 第 32 週後超音波檢查：550 元，需登錄檢查結果。
：6. 第 24-28 週妊娠糖尿病篩檢 (空腹及口服 75 公克葡萄糖 1 小時及 2 小時後血漿葡萄糖測定)：194 元，需登錄檢查結果。
：7. 第 24-28 週貧血檢驗(CBC III-WBC、RBC、HB、HCT、MCV 及血小板)：130 元，需登錄檢查結果。
：8. 母嬰親善醫療機構 (醫院名單置放於孕婦健康手冊資源篇) 產前檢查個案，每次產檢增加 20 元。
：9. 乙型鏈球菌篩檢 (GBS)，補助 1 次 500 元 (第 35-37 週)，需登錄檢查結果。
：10. 第 1 次產前健康照護衛教指導，補助 1 次 100 元 (17 週前)，需登錄檢查結果。
：11. 第 2 次產前健康照護衛教指導，補助 1 次 100 元 (第 29 週-40 週)，需登錄檢查結果。
 助產所：依「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」所訂之孕婦產前檢查之補助金額申領。
 檢查日期：民國 年 月 日

醫師/助產人員簽名： 下次產檢日期：民國 年 月 日 已生產 無預約

註：1. 本表單為就醫憑證，除特殊原因，遺失不再補發。2. 有納健保者，不得重複申請本醫療補助，否則予以追繳。3. 各醫療院所/助產所至「婦幼健康管理系統」鍵入產檢補助資訊、上傳補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查個案紀錄聯及登錄各項孕婦產前預防保健服務檢查結果，由系統產出「申領清單及領據」，於各項服務月之次月寄送健康署核辦。若未及於次月前申報補助者，限於服務次月起六個月內送交健康署申請補助，本補助聯、相關附件資料皆須留存醫療院所備查。4. 本項服務由於品健康福利捐補助。

一、聯單編號共 12 位數：(自動由電腦編出)

第 1-4 位：年度別，第 5-6 位：核發月別，第 7-8 位：核發日別，第 9-11 位：系統流水號，第 12 位：個案記錄聯代碼。

二、領取補助單縣市鄉鎮別代碼：

00 不詳 01 臺北市 03 臺中市 05 臺南市 07 高雄市 11 基隆市 12 新竹市 22 嘉義市 31 新北市 32 桃園縣 33 新竹縣 34 宜蘭縣 35 苗栗縣 37 彰化縣 38 南投縣 39 雲林縣 40 嘉義縣 43 屏東縣 44 澎湖縣 45 花蓮縣 46 臺東縣 90 金門縣 91 連江縣

國民健康署補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查個案紀錄聯

存根聯

聯單編號：

以下請衛生所填寫

姓名：	身分證號：
出生日期：民國 年 月 日	統一證號(一)：
	統一證號(二)：
國籍別：	護照號碼：
我國配偶姓名：	配偶身分證字號：
配偶戶籍地址：	
目前居住地址：	
聯絡電話一：	聯絡電話二：
	行動電話：
孕次：第 次	胎次： 胎
最後一次月經：民國 年 月 日	預產期：民國 年 月 日

核發所在：	核發人員【蓋職章】：
核發單位：	核發日期：民國 年 月 日
補發所在：	補發人員【蓋職章】：
補發單位：	補發日期：民國 年 月 日

以下請醫療院所填寫

醫療院所/ 助產所代碼 (機構代碼)：	懷孕週數：_____ 週 ※請勾選本次產檢項目及申請補助總金額：_____ 元 (即勾選項目金額之加總) <input type="checkbox"/> 第1次 340元、 <input type="checkbox"/> 第2次 735元(需登錄檢查結果)、 <input type="checkbox"/> 第3次 340元、 <input type="checkbox"/> 第4次 340元、 <input type="checkbox"/> 第5次 340元、 <input type="checkbox"/> 第6次 340元、 <input type="checkbox"/> 第7次 340元、 <input type="checkbox"/> 第8次 403元(需登錄檢查結果)、 <input type="checkbox"/> 第9次 340元、 <input type="checkbox"/> 第10次 340元、 <input type="checkbox"/> 第11次 340元、 <input type="checkbox"/> 第12次 340元、 <input type="checkbox"/> 第13次 340元、 <input type="checkbox"/> 第14次 340元。
醫療院所/助產所所在： _____縣市 _____鄉鎮 市區	<input type="checkbox"/> ：1. Rubella IgG 實驗室檢驗：於第2次產前檢查可申領1次216元(惟因特殊情況無法於本次檢查者，得由醫師專業判定，結合任一次產前檢查時接受本項檢查)需登錄檢查結果。 <input type="checkbox"/> ：2. HBsAG、HBeAG 實驗室檢驗：於第2次產前檢查可申領1次450元(惟因特殊情況無法於本次檢查者，得由醫師專業判定，結合任一次產前檢查時接受本項檢查)，需登錄檢查結果。 <input type="checkbox"/> ：3. 第8-16週超音波檢查：550元，需登錄檢查結果。 <input type="checkbox"/> ：4. 第20週前後超音波檢查：550元，需登錄檢查結果。 <input type="checkbox"/> ：5. 第32週後超音波檢查：550元，需登錄檢查結果。 <input type="checkbox"/> ：6. 第24-28週妊娠糖尿病篩檢(空腹及口服75公克葡萄糖1小時及2小時後血漿葡萄糖測定)：194元，需登錄檢查結果。 <input type="checkbox"/> ：7. 第24-28週貧血檢驗(CBC III-WBC、RBC、HB、HCT、MCV及血小板)：130元，需登錄檢查結果。 <input type="checkbox"/> ：8. 母嬰親善醫療機構(醫院名單置放於孕婦健康手冊資源篇)產前檢查個案，每次產檢增加20元。 <input type="checkbox"/> ：9. 乙型鏈球菌篩檢(GBS)，補助1次500元(第35-37週)，需登錄檢查結果。 <input type="checkbox"/> ：10. 第1次產前健康照護衛教指導，補助1次100元(17週前)，需登錄檢查結果。 <input type="checkbox"/> ：11. 第2次產前健康照護衛教指導，補助1次100元(第29週-40週)，需登錄檢查結果。 助產所：依「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」所訂之孕婦產前檢查之補助金額申領。 檢查日期：民國 年 月 日
醫療院所/ 助產所名稱：	
醫師/助產人員簽名：	下次產檢日期：民國 年 月 日 <input type="checkbox"/> 已生產 <input type="checkbox"/> 無預約

註：1. 本表單為就醫憑證，除特殊原因，遺失不再補發。2. 有納健保者，不得重複申請本醫療補助，否則予以追繳。3. 各醫療院所/助產所至「婦幼健康管理系統」鍵入產檢補助資訊、上傳補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查個案紀錄聯及登錄各項孕婦產前預防保健服務檢查結果，由系統產出「申領清單及領據」，於各項服務月之次月寄送健康署核辦。若未及於次月前申報補助者，限於服務次月起六個月內送交健康署申請補助，本補助聯、相關附件資料皆須留存醫療院所備查。4. 本項服務由菸品健康福利捐補助。

- 一、聯單編號共12位數：(自動由電腦編出)
 第1-4位：年度別，第5-6位：核發月別，第7-8位：核發日別，第9-11位：系統流水號，第12位：個案記錄聯代碼。
- 二、領取補助單縣市鄉鎮別代碼：
 00不詳 01臺北市 03臺中市 05臺南市 07高雄市 11基隆市 12新竹市 22嘉義市 31新北市 32桃園縣 33新竹縣 34宜蘭縣 35苗栗縣 37彰化縣 38南投縣 39雲林縣 40嘉義縣 43屏東縣 44澎湖縣 45花蓮縣 46臺東縣 90金門縣 91連江縣

健康署孕婦產前預防保健服務血液及尿液常規項目紀錄結果表

一、個人基本資料										
姓名				身分證字號						
				統一證號/護照號碼 (外籍人士)						
出生日期	年	月	日	聯絡資訊		電話：()				
	手機：									
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□									
	縣	市鄉	村	路	段	巷	號			
	市	區鎮	里	街		弄	樓			
本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。										
二、產前檢查常規項目檢驗資料 (產檢院所填寫)										
產檢院所名稱				產檢院所醫事機構代碼						
檢查日期【註一】	年	月	日	篩檢時之孕期週數		第 週				
身高	_____公分			體重		_____公斤				
BMI【註二】	_____kg/m ²			本次檢查使用卡序		<input type="checkbox"/> IC41 或 IC5B <input type="checkbox"/> IC47 或 IC5H				
檢查項目	結果			檢查項目	結果					
RH 因子	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性			第一次梅毒血清反應 (VDRL 或 RPR)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性					
血型				第二次梅毒血清反應 (VDRL 或 RPR)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性					
白血球(WBC)	_____x10 ³ /uL			B 型肝炎表面抗原	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未檢查					
紅血球(RBC)	_____x10 ⁶ /uL			B 型肝炎 e 抗原	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未檢查					
血小板(Plt)	_____x10 ³ /uL			尿液常規	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(請於下列 <input type="checkbox"/> 進行勾選) <input type="checkbox"/> (1)尿蛋白 <input type="checkbox"/> (2)尿糖 <input type="checkbox"/> (3)顏色 <input type="checkbox"/> (4)比重 <input type="checkbox"/> (5)混濁度 <input type="checkbox"/> (6)酸鹼度 <input type="checkbox"/> (7)白血球 <input type="checkbox"/> (8)尿沉渣 <input type="checkbox"/> (9)尿膽元 <input type="checkbox"/> (10)膽紅素 <input type="checkbox"/> (11)潛血 <input type="checkbox"/> (12)酮體 <input type="checkbox"/> (13)其他_____					
血球容積比(Hct)	%									
平均紅血球體積(MCV)	fl									
血色素(Hb)	_____g/dl <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常									
德國麻疹抗體反應	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 弱陽性 <input type="checkbox"/> 未檢查									

【註一】檢查日期如與開單日期不一致，請填寫孕婦實際接受本項檢查之日期，並於檢查日期次日起十四日內將表單結果上傳至健康署指定系統。

【註二】此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出 BMI；若以批次上傳，則本欄為必填欄位。

健康署第一次產檢超音波檢查紀錄結果表

【本項服務「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

一、個人基本資料														
姓名			身分證字號											
			統一證號/護照號碼 (外籍人士)											
出生日期	年	月	日	聯絡資訊			電話：()							
	手機：													
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□													
	縣	市	鄉	村	路	段	巷	號	市	區	鎮	里	街	弄
本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。														
二、第一次超音波檢查資料 (產檢院所填寫)【註一】														
產檢院所名稱				產檢院所 醫事機構代 碼										
檢查日期 【註二】	年	月	日	檢查時之 孕期週數			第 週							
預產期	年	月	日	身高			_____公分							
體重	_____公斤			BMI 【註三】			_____kg/m ²							
胎數	<input type="checkbox"/> 單胞胎 <input type="checkbox"/> 雙胞胎 <input type="checkbox"/> 多胞胎 _____ 胎			胎兒心跳			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
著床位置	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常			胎兒頭臀長			_____公分							

備註：

【註一】本表之第一次產檢超音波檢查係指當次使用醫令 60 或 6A。

【註二】檢查日期如與開單日期不一致，請填寫孕婦實際接受本項檢查之日期，並於檢查日期次日起十四日內將表單結果上傳至健康署指定系統。

【註三】此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出 BMI；若以批次上傳，則本欄為必填欄位。

健康署第二次產檢超音波檢查紀錄結果表

【本項服務「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

一、個人基本資料														
姓名	身分證字號													
				統一證號/護照號碼 (外籍人士)										
出生日期	年	月	日	聯絡資訊			電話：()							
				手機：										
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□													
	縣	市	鄉	村	路	段	巷	號	市	區	鎮	里	街	弄
本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。														
二、第二次超音波檢查資料 (產檢院所填寫)【註一】														
產檢院所名稱				產檢院所 醫事機構代 碼										
檢查日期 【註二】	年	月	日	檢查時之 孕期週數	第 週									
預產期	年	月	日	身高	_____公分									
體重	_____公斤			BMI 【註三】	_____kg/m ²									
胎數	<input type="checkbox"/> 單胞胎 <input type="checkbox"/> 雙胞胎 <input type="checkbox"/> 多胞胎 _____ 胎			胎兒心跳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
前置胎盤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			胎兒頭 雙頂骨徑	_____公分									
胎兒腹圍	_____公分			胎兒股骨 長度	_____公分									
羊水量	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 羊水過多 <input type="checkbox"/> 羊水過少													

備註：

【註一】本表之第二次產檢超音波檢查係指當次使用醫令 61 或 6B。

【註二】檢查日期如與開單日期不一致，請填寫孕婦實際接受本項檢查之日期，並於檢查日期次日起十四日內將表單結果上傳至健康署指定系統。

【註三】此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出 BMI；若以批次上傳，則本欄為必填欄位。

健康署第三次產檢超音波檢查紀錄結果表

【本項服務「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

一、個人基本資料														
姓名				身分證字號										
				統一證號/護照號碼 (外籍人士)										
出生日期	年	月	日	聯絡資訊	電話：()									
	手機：													
現居住地址	鄉鎮市區代碼： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
	縣	市	鄉	村	路	段	巷	號	市	區	鎮	里	街	弄
本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。														
二、第三次超音波檢查資料 (產檢院所填寫)【註一】														
產檢院所名稱				產檢院所醫事機構代碼										
檢查日期【註二】	年	月	日	檢查時之孕期週數	第 週									
預產期	年	月	日	身高	_____公分									
體重	_____公斤			BMI【註三】	_____kg/m ²									
胎數	<input type="checkbox"/> 單胞胎 <input type="checkbox"/> 雙胞胎 <input type="checkbox"/> 多胞胎_____胎			胎兒心跳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
胎位	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 異常胎位			前置胎盤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
胎兒頭雙頂骨徑	_____公分			胎兒腹圍	_____公分									
胎兒股骨長度	_____公分			羊水量	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 羊水過多 <input type="checkbox"/> 羊水過少									

- 備註：
- 【註一】本表之第三次產檢超音波檢查係指當次使用醫令 62 或 6C。
- 【註二】檢查日期如與開單日期不一致，請填寫孕婦實際接受本項檢查之日期，並於檢查日期次日起十四日內將表單結果上傳至健康署指定系統。
- 【註三】此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出 BMI；若以批次上傳，則本欄為必填欄位。

健康署第一次產前檢查健康照護衛教指導檢查紀錄結果表

(經醫師診斷、確認懷孕後至妊娠未滿十七週前)

(懷孕週數, 第 週)

【本項服務由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助】

基本資料	姓名				出生日期	_____年____月____日		
	身分證字號 (外籍人士護照號碼)							
	聯絡地址							
	聯絡方式	手機: _____			住家: () - _____			
準媽媽填寫	身高	公分	懷孕前體重	公斤	目前體重	公斤	血色素	gm/dl
	目前是否有接受社會福利補助情況: (可複選) <input type="checkbox"/> 0. 否, <input type="checkbox"/> 1. 中低收入戶補助, <input type="checkbox"/> 2. 低收入戶補助, <input type="checkbox"/> 3. 特殊境遇家庭補助, <input type="checkbox"/> 4. 兒少生活補助 (項目: _____; 人數: _____), <input type="checkbox"/> 5 其他 _____ 有下列情況之懷孕婦女: <input type="checkbox"/> 1. 未婚懷孕婦女, <input type="checkbox"/> 2. 身心障礙懷孕婦女, <input type="checkbox"/> 3. 其他 _____							
健康行為	1. 您目前是否吸菸? <input type="checkbox"/> 0. 否, <input type="checkbox"/> 1. 偶爾或應酬才吸, <input type="checkbox"/> 2. 經常或每天吸菸 2. 您是否特別注意遠離二手菸的環境? <input type="checkbox"/> 0. 否, <input type="checkbox"/> 1. 是, <input type="checkbox"/> 2. 週遭環境沒有二手菸 3. 您目前是否喝酒? <input type="checkbox"/> 0. 否, <input type="checkbox"/> 1. 偶爾或應酬才喝, <input type="checkbox"/> 2. 經常喝 4. 您是否嚼檳榔? <input type="checkbox"/> 0. 否, <input type="checkbox"/> 1. 偶爾或應酬才嚼, <input type="checkbox"/> 2. 經常嚼 5. 您是否曾使用毒品或有藥物濫用情形? <input type="checkbox"/> 0. 否, <input type="checkbox"/> 1. 偶爾, <input type="checkbox"/> 2. 經常使用, 甚至每天使用 6. 您最近是否咳嗽? <input type="checkbox"/> 0. 否 <input type="checkbox"/> 1. 偶爾 <input type="checkbox"/> 2. 咳嗽超過二週							
	心理健康	心情溫度計 <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 1. 過去一個月, 是否常被情緒低落、憂鬱或感覺未來沒有希望所困擾? <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 2. 過去一個月, 是否常對事物失去興趣或做事沒有愉悅感? <p style="color: red;">※如果以上二個問題的確發生在您的身上時, 強烈建議您告訴您的家人或請醫師協助。</p>						
孕產醫療史		過去是否有相關孕產醫療史 <input type="checkbox"/> 0. 否, <input type="checkbox"/> 1. 是 (請於下列 <input type="checkbox"/> 進行勾選)。 <input type="checkbox"/> (1) 子宮肌瘤割除或子宮修補術, <input type="checkbox"/> (2) 心臟病手術, <input type="checkbox"/> (3) 高血壓病, <input type="checkbox"/> (4) 妊娠糖尿病, <input type="checkbox"/> (5) 早產, <input type="checkbox"/> (6) 先天異常兒, <input type="checkbox"/> (7) 死胎死產, <input type="checkbox"/> (8) 新生兒死亡, <input type="checkbox"/> (9) 陰道難產, <input type="checkbox"/> (10) 產後出血, <input type="checkbox"/> (11) 前胎胎兒乙型鏈球菌感染, <input type="checkbox"/> (12) 流產, <input type="checkbox"/> (13) <u>心血管疾病史</u> , <input type="checkbox"/> (14) <u>其他</u>						
	<p>※如有上述孕產醫療史情形, 請就診院所提供醫療服務或轉介至中、重度級急救責任醫院。</p>							

衛教主題	重點	準媽媽自我評估		醫事人員指導重點
		清楚	不清楚	
1. 維持母胎安全 (參閱手冊-讓寶寶安全的成長、茲卡病毒感染症衛教單張)	流產徵兆及高危險妊娠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道懷孕早期宜多休息與足夠睡眠，勿提重物。若出現流產之徵兆 (陰道出血、下腹部悶痛、持續子宮收縮) 時，應立即就醫。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道本身的健康資料、疾病史及孕產醫療史狀況，未來產檢如有醫師告知：出現孕產醫療史一至十四項之一者，請選擇至就近的中、重度級急救責任醫院接受診治或安胎。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道定期產前檢查的目的、時程及重要性。
	危害物質	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道菸 (含二手菸) 對母嬰健康之危害 (流產、早產、出生低體重)。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道酒對母嬰健康之危害 (流產、早產、死產、出生低體重、中樞神經異常)。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道檳榔對母嬰健康之危害 (流產、早產、死產、出生低體重)。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道毒品對胎兒健康之危害 (癲癇、體重過輕、呼吸問題，甚至死亡) 及可尋求之治療資源管道。
	產前遺傳檢查	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本次懷孕吸菸者，協助轉介戒菸門診或戒菸專線。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道孕婦具有下列情形之一者，政府於產前有補助費用做羊膜穿刺檢查。三十四歲以上、曾生育過先天異常兒、本人或配偶有遺傳性疾病者、有家族遺傳疾病及本次懷孕經超音波檢查有異常者。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道懷孕期間如無必要應暫緩前往茲卡病毒感染症流行地區。
茲卡病毒感染症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道預防茲卡病毒感染症的方法。	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道孕婦如經確診為茲卡病毒感染症，應每四週定期進行胎兒超音波檢查，以追蹤胎兒生長情形。	
2. 兩性平權 (參閱手冊-女孩男孩一樣好)	疼惜咱的寶貝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 女孩男孩一樣好，生來通通都是寶，孩子未來的成就無關性別，知道做性別篩檢或因選擇性別而墮胎是違法的。
3. 孕期營養 (參閱手冊-吃出健康)	營養素補充	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道孕前一個月至懷孕期間， <u>確保葉酸、維生素D、碘攝取充足</u> 的重要性。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道孕期 <u>攝取足夠鈣質，並增加鐵攝取</u> 。素食者補充維生素B12的重要性。
	均衡飲食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道懷孕早期有孕吐時，宜少量多餐，優先攝取 <u>營養素密度高的六大類食物，避免糖油鹽含量高的精製加工食品</u> 。
※紅框內之欄位，請醫護人員協助準媽媽們於衛教指導前先行填寫，以供醫事人員參考。 ※返家後，若有孕產諮詢需求，請多加運用全國免付費孕產婦關懷專線 0800-870870 或孕產婦關懷網站 http://mammy.hpa.gov.tw 。 ※有戒菸意願者，可撥打免費戒菸專線 0800-636363				
您是否願意衛生及社政人員前往您的家中進行關懷訪視? <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意。				
醫療院所/助產所名稱及代碼：		醫師/助產人員簽章：		孕婦簽名：
		指導日期 年 月 日		

備註：

- 一、本衛教指導內容由健康署、衛生福利部疾病管制署、台灣婦產科醫學會、台灣母胎醫學會、台灣周產期醫學會、台灣家庭醫學醫學會、台灣護理學會、台灣助產學會、及中華民國營養師公會全國聯合會共同研擬。
- 二、本次衛教指導依孕婦健康需求執行，可搭配第一次至第三次孕婦產前檢查(懷孕第八週至第十七週前)執行指導，請參閱孕婦健康手冊內容予以衛教。本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。
- 三、孕婦為未成年且未結婚者，應得本人及法定代理人之同意。

健康署第二次產前檢查健康照護衛教指導檢查紀錄結果表

(第二十九週~第四十週)

(懷孕週數，第 週)

【本項服務由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助】

基本資料	姓名				出生日期	____年__月__日			
	身分證字號 (外籍人士護照號碼)								
	聯絡地址								
	聯絡方式	手機:			住家: () -				
由準	身高	公分	懷孕前體重	公斤	目前體重	公斤	血色素 gm/dl (請填寫第一次產檢的檢驗數值)		
	目前是否有接受社會福利補助情況: (可複選) <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.中低收入戶補助, <input type="checkbox"/> 2.低收入戶補助, <input type="checkbox"/> 3.特殊境遇家庭補助, <input type="checkbox"/> 4.兒少生活補助(項目:____;人數:__), <input type="checkbox"/> 5其他____ 有下列情況之懷孕婦女: <input type="checkbox"/> 1.未婚懷孕婦女, <input type="checkbox"/> 2.身心障礙懷孕婦女, <input type="checkbox"/> 3.其他____								
健康寫	1.您目前是否吸菸? <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.偶爾或應酬才吸, <input type="checkbox"/> 2.經常或每天吸菸 2.您是否特別注意遠離二手菸的環境? <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.是, <input type="checkbox"/> 2.週遭環境沒有二手菸 3.您目前是否喝酒? <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.偶爾或應酬才喝, <input type="checkbox"/> 2.經常喝 4.您是否嚼檳榔?: <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.偶爾或應酬才嚼, <input type="checkbox"/> 2.經常嚼 5.您是否曾使用毒品或有藥物濫用情形? <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.偶爾, <input type="checkbox"/> 2.經常使用, 甚至每天使用 6.您最近是否咳嗽? <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.偶爾 <input type="checkbox"/> 2.咳嗽超過二週								
	心情溫度計 <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 1.過去一個月, 是否常被情緒低落、憂鬱或感覺未來沒有希望所困擾? <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 2.過去一個月, 是否常對事物失去興趣或做事沒有愉悅感? ※如果以上二個問題的確發生在您的身上時, 強烈建議您告訴您的家人或請醫師協助。								
	孕產醫療史	過去是否有相關孕產醫療史 <input type="checkbox"/> 0.否, <input type="checkbox"/> 1.是 (請於下列□進行勾選) <input type="checkbox"/> (1) 妊娠期高血壓疾病, <input type="checkbox"/> (2) 前置胎盤, <input type="checkbox"/> (3) 羊水過多或過少, <input type="checkbox"/> (4) 胎兒生長限制, <input type="checkbox"/> (5) 胎盤功能異常, <input type="checkbox"/> (6) 胎兒體重過重 (大於 4200gm), <input type="checkbox"/> (7) 孕婦本人及一等親屬罹患遺傳疾病, <input type="checkbox"/> (8) 嚴重合併症: (請於下列□進行勾選) <input type="checkbox"/> 8-1 心臟病; <input type="checkbox"/> 8-2 腎臟疾病; <input type="checkbox"/> 8-3 血液系統疾病; <input type="checkbox"/> 8-4 肝臟疾病; <input type="checkbox"/> 8-5 活動性肺結核; <input type="checkbox"/> 8-6 妊娠糖尿病; <input type="checkbox"/> 8-7 甲狀腺功能亢進症; <input type="checkbox"/> 8-8 精神病或神經系統疾病; <input type="checkbox"/> 8-9 妊娠合併免疫系統疾病; <input type="checkbox"/> 8-10 卵巢或子宮腫瘤; <input type="checkbox"/> 8-11 孕期感染性疾病; <input type="checkbox"/> 8-12 性傳染病 (含愛滋病); <input type="checkbox"/> 8-13 其他嚴重內外科疾病 <input type="checkbox"/> (9) 骨盆異常, <input type="checkbox"/> (10) 子宮、產道異常, <input type="checkbox"/> (11) 心血管疾病史, <input type="checkbox"/> (12) 其他							
		※如有上述孕產醫療史情形, 請就診院所提供醫療服務或轉介至中、重度級急救責任醫院, 愛滋病毒篩檢結果為陽性者, 則請轉介至愛滋病指定醫事機構。							

衛教主題	重點	準媽媽自我評估		醫事人員指導重點
		清楚	不清楚	
1. 維持母胎安全 (參閱手冊-讓寶寶安全的成長、茲卡病毒感染症衛教單張)	早產徵兆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道懷孕末期若出現早產之徵兆(陰道出血、腹部悶痛、持續子宮收縮、破水)時,應立即就醫。選擇設有新生兒加護病房的醫院待產或生產。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道本身的健康資料、疾病史及孕產醫療史狀況,如有醫師告知:出現孕產醫療史一至 <u>十二</u> 項之一者,請選擇至就近的中、重度級急救責任醫院接受診治或安胎。
	危害物質	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 遠離菸(含二手菸)對母嬰健康之危害(流產、早產、出生低體重)。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道酒對母嬰健康之危害(流產、早產、死產、出生低體重、中樞神經異常)。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道檳榔對母嬰健康之危害(流產、早產、死產、出生低體重)。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道毒品對胎兒健康之危害(癲癇、體重過輕、呼吸問題,甚至死亡)及可尋求之治療資源管道。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本次懷孕吸菸者,轉介戒菸門診或戒菸專線之成效。
	茲卡病毒感染症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道懷孕期間如無必要應暫緩前往茲卡病毒感染症流行地區。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道預防茲卡病毒感染症的方法。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道孕婦如經確診為茲卡病毒感染症,應每四週定期進行胎兒超音波檢查,以追蹤胎兒生長情形。
2. 孕期營養 (參閱手冊-吃出健康)	體重控制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道孕期體重增加要依孕前體重做適度調整,以增加十至十四公斤為宜,並注意增加的速度。
	均衡飲食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <u>優先攝取六大類天然食物,避免高油、高糖、高鹽含量的精製加工食品及營養價值不高的食物,如含糖飲料、洋芋片。</u>
3. 生產準備計畫 (參閱手冊-寶寶的誕生)	多元友善生產	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 依準媽媽健康狀況,評估及規劃合宜的生產方式。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不選擇無醫療適應症之剖腹生產。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道懷孕生產是正常的生理過程,經由參加產前教育可以協助做生產的準備與因應生產過程的陣痛。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道接近生產期之徵象如:輕鬆感、落紅或現血、陣痛或腰酸、破水(由陰道流出多量液體)、強烈便意感及陣痛之因應。
4. 母乳哺育 (參閱手冊-最貼心的哺育方式)	母乳哺育指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道母乳提供新生兒和嬰兒最佳的營養。哺餵母乳對母嬰健康有助益(對母親好處為:產後出血少、維持身材、減少罹患卵巢癌及乳癌、自然避孕效果好;對嬰兒好處為:營養完整,容易吸收,增強免疫力,減少腸胃炎,寶寶不易胖。)

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道產後即刻母嬰皮膚接觸及親子同室，可促進乳汁分泌及子宮收縮，減少產後出血及母嬰感染；增進早期親子關係的建立，讓寶寶體溫及情緒穩定，有助於腦部發展。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無法哺餵母乳的媽媽，不要給自己太大的壓力，所有的媽媽都願意為寶寶付出，愛寶寶方式有很多種，哺餵母乳是其中的一種，只要能給予充分的愛都是好媽媽。
5. 孕期心理適應 (參閱手冊-認識產後憂鬱症及防治)	孕期心理適應指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 新手媽媽照顧新生兒時，需利用嬰兒睡眠時，多讓自己的身體獲得適度休息，不要過度疲憊或睡眠不足。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 可商請其他家人協助分擔家事清潔或其他勞力工作，及情況許可下每天撥一小段時間外出散步，給自己喘息休息的機會。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 適度向家人或親朋好友說出感受，尋求幫忙或與其他產後媽媽分享彼此經驗與心情。

※紅框內之欄位，請醫護人員協助準媽媽們於衛教指導前先行填寫，以供醫事人員參考。
 ※返家後，若有孕產諮詢需求，請多加運用全國免付費孕產婦關懷專線 0800-870870 或孕產婦關懷網站 <http://mammy.hpa.gov.tw>。
 ※有戒菸意願者，可撥打免費戒菸專線 0800-636363

您是否願意衛生及社政人員前往您的家中進行關懷訪視? 願意，不願意。

醫療院所/助產所名稱及代碼	醫師/助產人員簽章： 指導日期 年 月 日	孕婦簽名：
---------------	---	-------

備註：

- 一、本衛教指導內容由健康署、衛生福利部疾病管制署、台灣婦產科醫學會、台灣母胎醫學會、台灣周產期醫學會、台灣家庭醫學醫學會、台灣護理學會、台灣助產學會、及中華民國營養師公會全國聯合會共同研擬。
- 二、本次衛教指導依孕婦健康需求執行，可搭配第七次至第十四次孕婦產檢(懷孕週數為二十九週以上)執行指導，請參閱孕婦健康手冊內容予以衛教。本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。
- 三、孕婦為未成年且未結婚者，應得本人及法定代理人之同意。

健康署妊娠糖尿病篩檢/貧血檢驗紀錄結果表

一、個人基本資料												
姓名	身分證字號											
			統一證號/護照號碼(外籍人士)									
出生日期	年	月	日	聯絡資訊	電話：() 手機：							
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□			縣	市鄉	村	路	段	巷	號		
	市	區鎮	里	街					弄	樓		
本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。												
二、妊娠糖尿病篩檢/貧血檢驗資料(產檢院所填寫)												
產檢院所名稱	產檢院所醫事機構代碼											
採檢日期【註一】	年	月	日	篩檢時之孕期週數	第 週							
體重	_____公斤			檢查醫師簽章								
妊娠糖尿病檢驗數值	GLU AC：_____mg/dL GLU 1hr：_____mg/dL GLU 2hr：_____mg/dL			妊娠糖尿病檢驗結果【註二】	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常							
第二次貧血檢驗數值	<u>白血球(WBC)</u> x10 ³ /uL <u>紅血球(RBC)</u> x10 ⁶ /uL <u>血小板(Plt)</u> x10 ³ /uL <u>血球容積比(Hct)</u> % <u>平均紅血球體積(MCV)</u> fl <u>血色素(Hb)</u> g/dL			第二次貧血檢驗結果【註三】	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常							

備註：

- 【註一】採檢日期如與開單日期不一致，請填寫孕婦實際接受本項檢查之日期，並於採檢日期次日起十四日內將表單結果上傳至健康署指定系統。
- 【註二】於妊娠第二十四至二十八週時接受空腹及口服七十五公克葡萄糖一小時及二小時後血漿葡萄糖測定；以空腹血糖 ≥ 92 mg/dL；口服葡萄糖後一小時血糖 ≥ 180 mg/dL；第二小時血糖 ≥ 153 mg/dL為標準，符合以上三項當中一項以上，即診斷為妊娠糖尿病(資料來源：WHO,2016)。若七十五公克口服葡萄糖測定，空腹 ≥ 126 mg/dL；二小時 ≥ 200 mg/dL則為慢性糖尿病，需進一步做醫療處置。
- 【註三】於妊娠第二十四至二十八週時接受CBC III- (WBC、RBC、HB、HCT、MCV)及血小板計數。孕婦貧血診斷標準，第二孕期血色素 < 10.5 g/dL(資料來源：懷孕婦女貧血臨床指引)

健康署產前乙型鏈球菌檢查紀錄結果表

【本檢查由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助】

一、個人基本資料																
姓名					身分證字號											
					護照號碼 (外籍人士)											
出生日期	年	月	日	聯絡資訊		電話：() 手機：										
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□															
	縣	市	鄉	村	路	段	巷	號	弄	樓	市	區	鎮	里	街	弄
本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。																
二、乙型鏈球菌檢查資料 (採檢/檢查醫療機構填寫)																
採檢/檢查醫 事機構名稱					採檢/檢查醫 事 機構代碼											
採檢日期	年	月	日	篩檢時之 孕期週數		第 週										
檢查 (採檢) 醫師簽章																
三、檢驗醫事機構填寫																
檢驗醫事 機構名稱					檢驗醫事 機構代碼											
檢驗日期	年	月	日	檢驗結果		<input type="checkbox"/> 陽性—抗生素藥敏試驗 <input checked="" type="checkbox"/> 具敏感性 <input checked="" type="checkbox"/> 具抗藥性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 檢驗失敗										
檢驗者簽章																

備註：

●：其欄位請填報以下抗生素之代碼，如代碼 1：penicillin、代碼 2：ampicillin、代碼 3：clindamycin、代碼 4：erythromycin、代碼 5：vancomycin

新住民懷孕婦女未納健保產前檢查補助計畫申復清單

111 年 5 月 製

醫療院所 名稱		醫事機 構代碼		原申報 月份	年 月	申復 日期	年 月 日
------------	--	------------	--	-----------	-----	----------	-------

個案		申復					
統一證號 (居留證號)	姓 名	內 容 (血液及尿液常規項目、第一次產檢超音波檢查、第二次產檢超音波檢查、第三次產檢超音波檢查、第一次產前檢查健康照護衛教指導、第二次產前檢查健康照護衛教指導、妊娠糖尿病篩檢、貧血檢驗、產前乙型鏈球菌檢查)	孕婦產前預防保健服務 執行日期	就醫日期	筆數	金額	理 由
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
合 計					人次	元	

第一聯 醫療院所存查

<p>說明 (1) 本清單每份三聯，由醫療院所依式詳填，第一聯留存醫療院所備查，第二、三聯寄送衛生福利部國民健康署。 (2) 清單上請加蓋醫療院所印信及負責人私章。</p>	<p>上表所列個案新住民懷孕婦女為納健保產前檢查補助之孕婦產前預防保健服務費用，前經貴署追扣在案，茲檢附申復清單一份即請惠予不予追扣。</p> <p>此 致</p> <p>衛生福利部 國 民 健 康 署 醫院 負責醫師 診所</p> <p>醫事機構地址：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
---	--

新住民懷孕婦女未納健保產前檢查補助計畫申復清單

111年5月製

醫療院所 名稱		醫事機 構代碼		原申報 月份	年 月	申復 日期	年 月 日
------------	--	------------	--	-----------	-----	----------	-------

個案		申復					
統一證號 (居留證號)	姓 名	內 容 (血液及尿液常規項目、第一次產檢超音波檢查、第二次產檢超音波檢查、第三次產檢超音波檢查、第一次產前檢查健康照護衛教指導、第二次產前檢查健康照護衛教指導、妊娠糖尿病篩檢、貧血檢驗、產前乙型鏈球菌檢查)	孕婦產前預防保健服務 執行日期	就醫日期	筆數	金額	理 由
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
			年 月 日	年 月 日			
合 計					人次	元	

第二聯 衛生福利部國民健康署存查

<p>說明 (3) 本清單每份三聯，由醫療院所依式詳填，第一聯留存醫療院所備查，第二、三聯寄送衛生福利部國民健康署。 (4) 清單上請加蓋醫療院所印信及負責人私章。</p>	<p>上表所列個案新住民懷孕婦女為納健保產前檢查補助之孕婦產前預防保健服務費用，前經貴署追扣在案，茲檢附申復清單一份即請惠予不予追扣。</p> <p>此 致</p> <p>衛生福利部 國 民 健 康 署 醫院 負責醫師 診所</p> <p>醫事機構地址：</p> <p>年 月 日</p>
---	---

**補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查個案
補助款申領清單及領據 (醫療院所用)**

註：本項服務由於品健康福利捐補助

年 月份

個案姓名	檢查日期	申請補助金額 (新台幣：元)	個案姓名	檢查日期	申請補助金額 (新台幣：元)
合計	產前檢查 案次， 大陸配偶(含港澳) 人，外籍配偶 人				總金額 元

茲領到 年 月份補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查個案補助款計
新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整(※零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖)
此致 衛生福利部國民健康署

醫院 (診所) 主辦人員：_____ (請蓋職章)
出納人員：_____ 單位主管：_____
名稱 (全銜)：請寫全名及蓋機關章 會計人員：_____ 單位主管：_____
院 長：_____

統一編號：_____ 註：公立醫院會計及出納人員，請單位主管核章
私立醫院 (診所) 如無會計出納人員可免簽章

聯絡電話：() _____
掛號信收件地址：() _____
撥款之銀行分行別：_____ 金融帳號：_____ 戶名：_____

中華民國 年 月 日

衛生福利部國民健康署 新住民懷孕婦女未納健保產檢補助費用申領作業

