

附表五之一 健康署執行定量免疫法糞便潛血檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
定量免疫法糞便潛血檢查服務	一、申請辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務者，應為全民健康保險特約醫院、診所，其檢體應送至經通過健康署資格審查的糞便潛血檢驗醫事機構。 二、經本部認可辦理定量免疫法糞便潛血檢驗醫事機構之名單，將公告於健康署網站。	全民健康保險特約醫院、診所執業之醫事人員。

其他應配合事項：

- 一、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理。
- 二、辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務之醫事機構，其檢體如委託其他通過本部認可之檢驗醫事機構代檢者，應與其簽保密切結書，以維護篩檢個案隱私。

附表五之二 健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
94	IC94	四十歲至四十四歲且其父母、兄弟姐妹、子女曾患有大腸癌者，每二年一次	1. 提供民眾含保存液之採檢管、衛教單張、衛教諮詢、洽催採檢管繳送、設置回收點、運送或其他所需人力與行政業務。 2. 健保特約醫事服務機構經由通過健康署認可的醫事檢驗機構辦理本項檢驗，其資料需上傳至健康署指定之系統。	400
85	IC85	四十五歲至七十四歲者，每二年一次（備註一）		
備註： 一、有關年齡與間隔時間皆以「年份」為檢核條件： （一）年齡條件定義為： 1. 「45≤就醫年－出生年≤75」。 2. 「40≤就醫年－出生年≤44」，醫療院所須要求受檢者檢具其父母、兄弟姐妹、子女曾患有大腸癌之診斷證明與其親屬關係相關文件（如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書），並留存影本於病歷中備查。 （二）篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年≥2」。 二、預防保健服務日係指門診日期。				

附表五之三 健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存

類別	內容
服務對象資格查核	一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統(如醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統)確認其最近一次利用預防保健定量免疫法糞便潛血檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。 二、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄；特約醫事服務機構須要求四十歲至四十四歲接受定量免疫法糞便潛血檢查者檢具其父母、兄弟姐妹、子女曾患有大腸癌之診斷證明與其親屬關係相關文件(如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書，如附表五之五)，並留存於病歷中備查。
表單填寫與保存	一、辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務者，應將「健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單」(如附表五之四)詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統，以及若有填寫「大腸癌篩檢家族史及吸菸習慣資料表」(如附表五之六)，亦應記載並上傳。 二、辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務者，應透過其檢驗部門或委託代檢之醫事檢驗機構，將「健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單」(如附表五之四)及確診結果詳實記載，並登錄上傳至健康署指定之系統。

健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單

第一聯：存檢查醫療機構

支付方式：☐①預防保健；☐③健保醫療給付；☐④其他公務預算補助；☐⑤自費健康檢查；
☐⑨其他。

篩檢地點：☐①社區或職場設站篩檢；☐②門診；☐③住院；☐④郵寄；☐⑤其他。

基本資料

姓名： 性別：☐男 ☐女 出生日期：民國 年 月 日
 身分證統一編號 聯絡電話：()
 統一證號（外籍） 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
 教育：☐①無；☐②小學；☐③國（初）中；☐④高中（職）；☐⑤專科、大學；☐⑥研究所以以上；☐⑦拒答

家族病史及吸菸習慣

1. 吸菸史：☐無；☐有(含已戒菸)，開始吸菸年齡：_____歲。
 2. 請問與您有血緣的父母、兄弟姐妹或子女或其他親屬有無得過大腸直腸癌？☐①無；☐②有；☐③不知道。
 3. 請問與您有血緣的父母、兄弟姐妹或子女或其他親屬有無得過其他癌症？☐①無；☐②有；☐③不知道。
- 以上若有任一項填寫“有”，請繼續填寫附表五之六。

有無症狀

請問您有無腸道不適症狀？如腹瀉、便秘、糞便變稠、排泄黏液、便血、黃便帶血或其他症狀☐①無；☐②有。
 *本人同意接受糞便潛血檢查，本表資料將作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用

確認以上資料正確無誤： (簽名)

個案檢查情形 (檢查醫療院所)

檢查醫療院所名稱及代碼： ，門診日期：民國 年 月 日。

糞便潛血檢查結果 (糞便潛血檢驗機構填寫)

1. 醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼：
2. 檢驗日期：民國 年 月 日。
3. 檢驗結果：☐①陰性 ☐②陽性，數值： 。
4. 定量試劑商品名稱：☐①Eiken，☐②其他 ，☐③ Kyowa (HM-JACKarc)。

個案確診結果

1. 前項檢查陽性個案於檢查後三個月內有沒有接受後續確診？ ☐①沒有；☐②有。
 2. 沒有接受確診理由為：☐①無法聯繫，☐②出國，☐③搬家，☐④死亡，☐⑤拒做，☐⑥其他 。
 3. 確診醫療院所名稱及代碼： ，確診日期：民國 年 月 日。
 4. 檢查方法：☐①大腸鏡，☐②其他 。
 5. 診斷：☐①正常，☐②痔瘡，☐③潰瘍性大腸炎，☐④瘻肉，☐⑤大腸癌，☐⑥其他 。
- *如有瘻肉，瘻肉有無切除：☐①未切除 ☐②已完全切除 ☐③未完全切除。

(114年1月修訂)

健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單

支付方式：☐①預防保健；☐③健保醫療給付；☐④其他公務預算補助；☐⑤自費健康檢查；
☐⑨其他。

篩檢地點：☐①社區或職場設站篩檢；☐②門診；☐③住院；☐④郵寄；☐⑤其他。

第二聯：存確診及治療醫院

基本資料

姓名： 性別：☐男 ☐女 出生日期：民國 年 月 日
 身分證統一編號 聯絡電話：()
 統一證號（外籍） 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
 教育：☐①無；☐②小學；☐③國（初）中；☐④高中（職）；☐⑤專科、大學；☐⑥研究所以上；☐⑦拒答

家族病史及吸菸習慣

1. 吸菸史：☐無；☐有(含已戒菸)，開始吸菸年齡：_____歲。
 2. 請問與您有血緣的父母、兄弟姐妹或子女或其他親屬有無得過大腸直腸癌？☐①無；☐②有；☐③不知道。
 3. 請問與您有血緣的父母、兄弟姐妹或子女或其他親屬有無得過其他癌症？☐①無；☐②有；☐③不知道。
- 以上若有任一項填寫“有”，請繼續填寫附表五之六。

有無症狀

請問您有無腸道不適症狀？如腹瀉、便秘、糞便變稠、排泄黏液、便血、黃便帶血或其他症狀☐①無；☐②有。
 *本人同意接受糞便潛血檢查，本表資料將作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用

確認以上資料正確無誤： (簽名)

個案檢查情形 (檢查醫療院所)

檢查醫療院所名稱及代碼： ，門診日期：民國 年 月 日。

糞便潛血檢查結果 (糞便潛血檢驗機構填寫)

1. 醫事檢驗機構/醫療院所名稱及代碼：
2. 檢驗日期：民國 年 月 日。
3. 檢驗結果：☐①陰性 ☐②陽性，數值： 。
4. 定量試劑商品名稱：☐①Eiken，☐②其他 ，☐③ Kyowa (HM-JACKarc)。

個案確診結果

1. 前項檢查陽性個案於檢查後三個月內有沒有接受後續確診？ ☐①沒有；☐②有。
2. 沒有接受確診理由為：☐①無法聯繫，☐②出國，☐③搬家，☐④死亡，☐⑤拒做，☐⑥其他 。
3. 確診醫療院所名稱及代碼： ，確診日期：民國 年 月 日。
4. 檢查方法：☐①大腸鏡，☐②其他 。
5. 診斷：☐①正常，☐②痔瘡，☐③潰瘍性大腸炎，☐④瘻肉，☐⑤大腸癌，☐⑥其他 。

*如有瘻肉，瘻肉有無切除：☐①未切除 ☐②已完全切除 ☐③未完全切除。

附表五之五

本檢查經費「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

健康署四十歲至四十四歲且其父親、母親、兄弟姐妹或子女曾患有大腸

癌之定量免疫法糞便潛血檢查服務聲明書

立聲明書人 (以下簡稱本人)，因為 之
原因，故無法出具一親等以內血親曾患有大腸癌之診斷證明與其親屬關係相關文件，茲證明我的 ☐父親，☐母親，☐兄弟姐妹，☐子女 曾患有大腸癌，該名親屬姓名為 ，身分證統一編號（死亡者免填）：
，本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名： (簽章)

身分證統一編號或統一證號(外籍)：

通訊地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

備註：本資料請醫療院所留存於病歷中。

大腸癌篩檢家族史及吸菸習慣資料表

本人 (簽名) 身分證字號：

☐同意 ☐不同意，進行以下大腸癌篩檢之家族史及吸菸習慣問卷填答，供後續相關政策評估。

一、吸菸習慣：

- ☐已戒菸，戒菸年齡：_____歲
- ☐吸10年以下，每天少於20支；
- ☐吸10年以下，每天20支或以上；
- ☐吸超過10年，每天少於20支；
- ☐吸超過10年，每天20支或以上。

二、家族病史：

1.若您有血緣的父母、兄弟姐妹、子女或其他親屬有得過大腸直腸癌，請填寫以下表格：

血緣關係	父親	母親	子女			兄弟/姊妹			其他父系親屬*			其他母系親屬*		
罹癌人數														
罹癌年紀														

2.若您有血緣的父母、兄弟姐妹、子女或其他親屬有得過大腸癌以外的其他癌症，請填寫以下表格：

血緣關係	父親	母親	子女			兄弟/姊妹			其他父系親屬*			其他母系親屬*		
癌別														
罹癌人數														
罹癌年紀														

*其他父系親屬：僅含曾祖父母、祖父母、伯、叔、姑、姪男(女)、孫子(女)

*其他母系親屬：僅含外曾祖父母、外祖父母、舅父、姨母、外甥(女)、外孫子(女)

**若罹癌人數超過3位，罹癌年齡自最小年齡起算3位

訪問人員簽名(醫療院所)：

日期： 年 月 日

備註：大腸癌篩檢家族史及吸菸習慣資料表，請視同病歷資料留存院所備查。

附表六之一 健康署執行成人預防保健服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
成人預防保健服務	一、申請辦理成人預防保健服務者： (一) 應有登記執業之家庭醫學科或內科專科，或通過健康署指定相關教育訓練之其他科別專科醫師。 (二) 應備有相關檢驗設備，且其醫事檢驗作業需符合醫事檢驗相關規定；未具檢驗設備者，應委託其他之特約醫事服務機構代為檢驗。 (三) 應具備近三年內通過檢驗項目能力試驗之證明文件或財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)或美國病理學會(College of American Pathologists, CAP)之認證證明文件。近三年內未通過B、C型肝炎能力試驗者，應委託通過B、C型肝炎能力試驗之特約醫事服務機構代為檢驗。檢驗項目能力證明之說明表，詳如下方「其他應配合事項」第五點。 (四) 成人預防保健服務第一階段檢驗檢查服務，除特約醫院、診所提供外，亦可由符合受檢資格之服務對象，選擇由特約醫事檢驗機構依雙軌作業方式辦理。特約醫事檢驗機構依此方式提供服務對象第一階段檢驗檢查服務，應先向健保署提出成人預防保健服務項目之申請。 (五) 成人預防保健服務第一階段檢驗費用倘委由醫事檢驗機構申報者，診所及檢驗所雙方須明定申報方對於檢驗(查)結果檔上傳、補正及申復權責，若申報方未依規定上傳補正或非申報方亦申報時，健康署將予以核扣申報方。 二、機構應取得並保存近三年內通過檢驗項目能力試驗之證明文件或財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會(CAP)之認證證明文件。未符合前開資格者，不予核付費用。	1. 家庭醫學科、內科專科或通過健康署指定相關教育訓練之其他科別專科醫師，執行期間為三年，於接受繼續教育訓練後，始得展延執行資格期間。(一百十三年底取得執行資格者，其執行資格期間至一百十六年十二月三十一日，須於資格有效期間內取得繼續教育訓練時數，始得展延執行資格期間) 2. 自一百十一年三月一日起單獨提供B、C型肝炎檢查時，成人預防保健服務特約醫事服務機構之所有專科醫師皆可執行，不受前述限制，前述專科醫師係依「專科醫師分科及甄審辦法」第3條醫師之專科分科辦理。但健康署仍得依執行情形限制或停止之。