

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及產後健康照護服務補助計畫

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
中華民國112年11月01日國健婦字第1120463245號修正
中華民國113年12月02日國健婦字第1130462555號修正
中華民國114年07月29日國健婦字第1140462079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，使渠等於懷孕期間及產後3個月內，均能受到規律的產前檢查措施、產後健康照護服務，保護其母子健康，本署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及產後健康照護服務。

貳、期程：自114年8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及產後健康照護服務費用。
- 二、補助基準：依衛生福利部(以下稱衛福部)「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」以及其附表二之二所訂之孕婦產前預防保健服務(下稱產前檢查)及產後健康照護服務(下稱產後健康照護)之對象、時程、服務內容及補助金額辦理。

肆、產前檢查及產後健康照護補助款申領流程

- 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或健康服務中心提出申請。
- 二、鄉鎮市區衛生所或健康服務中心人員：
 - (一)查驗個案檢附之身分證明文件(戶口名簿或現戶戶籍謄本及居留證)，並於確認懷孕、資料無誤後影印留存。
 - (二)至國民健康署(下稱健康署)建置之「婦幼健康管理整合系統」登錄個案基本資料，由該系統列印國民健康署補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查及產後健康照護個案紀錄聯(下稱個案紀錄聯，含衛生所或健康服務中心存根聯)一式17份(如附件1)，並於核發人員欄位蓋衛生所或健康服務中

心人員職章後核發予個案第1-16聯，作為就醫憑證使用，存根聯與個案身分證明文件(戶口名簿或現戶戶籍謄本及居留證)影本，留存衛生所或健康服務中心備查。

- 三、個案產前檢查及產後健康照護需備文件：尚未領取孕媽咪健康手冊之新住民懷孕婦女持個案紀錄聯，至醫療院所及助產所(以下稱院所)接受產前檢查、產後健康照護；若為已領取孕婦健康手冊(孕媽咪健康手冊)者，除持個案紀錄聯，應併同孕婦健康手冊(孕媽咪健康手冊)，至院所接受產前檢查、產後健康照護，每次產前檢查、產後健康照護使用1張個案紀錄聯，除特殊原因，遺失不再補發；院所於孕婦健康手冊(孕媽咪健康手冊)「產前檢查紀錄表」(「產檢紀錄表」)、「產後健康照護服務紀錄表」當次產檢、產後健康照護欄位核章。
- 四、產後健康照護服務：由執行人員針對具未納健保身分且經診察有生產事實的產後婦女提供服務，看診當日使用1張個案紀錄聯。114年5月至7月生產的產婦，若有生產事實，且符合現有產後健康照護服務資格者，在過渡期間，個案若無衛生所或健康服務中心核發之個案紀錄聯者，院所確認個案未執行產後健康照護服務者，可依據個案生產日期，單獨列印2張個案紀錄聯。院所於提供服務日後二十四小時內將當次服務紀錄上傳至婦幼健康管理整合系統，並於孕媽咪健康手冊「產後健康照護服務紀錄表」當次服務欄位核章。
- 五、醫療院所及助產所提供服務及申報費用：
- (一)執行孕婦產前預防保健服務及產後健康照護服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格應符合衛福部「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」附表二之一所訂之資格條件，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，院所不得申請該項產前檢查、產後健康照護服務費用，經查有申報者，健康署將追繳該項費用。
 - (三)院所提供各項孕婦產前檢查及產後健康照護前，請至健康署「婦幼健康管理整合系統」查詢，該項產前及產後健康照護服務是否已由其他院所提供服務，並善盡查核之責。
 - (四)收取個案的個案紀錄聯(附件1)。其餘各項產前預防保健服務及產後健康照護服務結果表：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)、健康署第一次產後健康照護服務紀錄結果表(附件9)、健康署第二次產後健康照護服務紀錄結果表(附件10)，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及列印使用。

(五)產檢及產後相關資料上傳及保存：

1. 提供產前檢查及產後健康照護之院所，至健康署「婦幼健康管理整合系統」鍵入產前檢查及產後健康照護補助款請領資料、上傳個案紀錄聯及登錄各項孕婦產前預防保健服務、產後健康照護服務之檢查結果。
2. 院所應自提供各項孕婦產前預防保健及產後健康照護服務服務日(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；院所有異議時，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及產後健康照護服務補助計畫申復清單」(附件11)、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. 個案紀錄聯(附件1)、各項產前預防保健服務及產後健康照護服務之結果表(附件2-10)及附件相關資料紙本請留存於病歷，毋須寄至健康署；另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」產出補助為新住民懷孕婦女未納健保產前檢查及產後健康照護服務個案補助款申領清單及領據(附件12)，寄送健康署核辦。若未及於次月一日起一個月內申報補助費用者，限於服務次月一日起六個月內，向健康署補行申報費用，逾期未申報者，不予核付費用。

(六)提供產前檢查及產後健康照護服務之院所，不得事先向個案收取產檢及產後健康照護服務之補助費用，該費用由健康署逕行核付申領院所。

六、健康署審核及核撥費用：

- (一) 由健康署審核院所函送之補助款申領清單及領據(附件12)及系統上之「產檢補助資訊」、個案紀錄聯(附件1)之掃描檔或照片檔、各項孕婦產前預防保健服務、產後健康照護服務之檢查結果後，依各該院所實際申請金額，逕行核撥補助款至各院所。
- (二) 院所寄送之領據，經查有費用與系統上需登錄之檢驗項目資料、服務不符、無資料，或有不正當申報之情事或其他違反醫療相關法規者，健康署不予核付費用，並追扣已核付之費用。
- (三) 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及產後健康照護個案紀錄聯

聯單編號：

第一聯

以下請衛生所填寫

姓名： 居留證統一證號(一)：
 出生日期：民國 年 月 日 居留證統一證號(二)：
 國籍別：
 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

以下請醫療院所填寫(提供服務請依醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項辦理)

醫療院所/助產所代碼(機構代碼)：
 醫療院所/助產所所在： 縣市 鄉鎮 市區
 醫療院所/助產所名稱：

懷孕週數：_____週 本胎生產日期：_____

※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。產後健康照護：第1次 540元(產後30天)、第2次 450元(產後31-90天)，
凡提供產後照護服務皆需登錄檢查結果。

：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，**可於第8次孕婦產前檢查**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，**可於第8次孕婦產前檢查**時接受本項檢查)，需登錄檢查結果。

：3. **建議於妊娠第8-16週**超音波檢查：550元(限併同第1~3次孕婦產前檢查擇一作申報)，需登錄檢查結果。

：4. **建議於妊娠第20週前後**超音波檢查：550元(限併同第4~7次孕婦產前檢查擇一作申報)，需登錄檢查結果。

：5. **建議於妊娠第32週後**超音波檢查：550元(限併同第8~14次孕婦產前檢查擇一作申報)，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，(限併同第5~6次孕婦產前檢查擇一作申報)，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，(限併同第5~6次孕婦產前檢查擇一作申報)，需登錄檢查結果。

：8. 母嬰親善醫療機構(醫院名單置放於孕媽咪衛教手冊資源篇)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)，(限併同第9~12次孕婦產前檢查擇一作申報)，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)(依孕婦健康需求執行，**可搭配第1~3次孕婦產前檢查任一次執行**)，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)(依孕婦健康需求執行，**可搭配第7~14次孕婦產前檢查任一次執行**)，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及產後健康照護之補助金額申領。

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，不得申請本項補助，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及產後健康照護個案紀錄聯及登錄各項孕婦產前預防保健服務、產後健康照護的檢查結果，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，本紀錄聯、相關附件資料皆須留存所備查。4. 本項服務由菸品健康福利捐補助。

國民健康署補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查及產後健康照護個案紀錄聯

聯單編號：

存根聯

以下請衛生所填寫

姓名：	居留證統一證號(一)：
出生日期：民國 年 月 日	居留證統一證號(二)：
國籍別：	
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：
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

以下請醫療院所填寫(提供服務請依醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項辦理)

醫療院所/ 助產所代碼 (機構代碼)：	懷孕週數：_____週 本胎生產日期：_____
醫療院所/ 助產所所在： _____縣市 _____鄉鎮 市區	※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)
醫療院所/ 助產所名稱：	<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。 產後健康照護：<input type="checkbox"/>第1次 540元(產後30天)、<input type="checkbox"/>第2次 450元(產後31-90天)， 凡提供產後照護服務皆需登錄檢查結果。
	<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， 可於第8次孕婦產前檢查 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， 可於第8次孕婦產前檢查 時接受本項檢查)，需登錄檢查結果。 <input type="checkbox"/> ：3. 建議於妊娠第8-16週 超音波檢查：550元(限併同第1~3次孕婦產前檢查擇一作申報)，需登錄檢查結果。 <input type="checkbox"/> ：4. 建議於妊娠第20週前後 超音波檢查：550元(限併同第4~7次孕婦產前檢查擇一作申報)，需登錄檢查結果。 <input type="checkbox"/> ：5. 建議於妊娠第32週後 超音波檢查：550元(限併同第8~14次孕婦產前檢查擇一作申報)，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，(限併同第5~6次孕婦產前檢查擇一作申報)，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，(限併同第5~6次孕婦產前檢查擇一作申報)，需登錄檢查結果。 <input type="checkbox"/> ：8. 母嬰親善醫療機構(醫院名單單置放於孕媽咪衛教手冊資源篇)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)，(限併同第9~12次孕婦產前檢查擇一作申報)，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)(依孕婦健康需求執行，可搭配第1~3次孕婦產前檢查任一次執行)，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)(依孕婦健康需求執行，可搭配第7~14次孕婦產前檢查任一次執行)，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及產後健康照護之補助金額申領。 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 <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，不得申請本項補助，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及產後健康照護個案紀錄聯及登錄各項孕婦產前預防保健服務、產後健康照護的檢查結果，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，本紀錄聯、相關附件資料皆須留存所備查。4. 本項服務由菸品健康福利捐補助。

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		
	居留證統一證號/ 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 孕 期 週 數	第 週
身 高	_____公分	體 重	_____公斤
B M I 【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
R H 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 (M C V)	f1		
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										
				居留證統一證號/ 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			B M I 【註三】			_____kg/m ²							
胎 數	<input type="checkbox"/> 單胞胎 <input type="checkbox"/> 雙胞胎			胎 兒 心 跳			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
	<input type="checkbox"/> 多胞胎_____胎													
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											
	居留證統一證號/ 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 孕週數	第 週							
預產期	年	月	日	身 高	_____公分							
體 重	_____公斤				B M I 【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							
				居留證統一證號/ 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、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			B M I 【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 (外籍人士居留證統一證號/ 護照號碼)										
	聯絡地址										
	聯絡方式	手機:					住家: () -				
健康行為	身高	公分		懷孕前體重	公斤		目前體重	公斤			
	<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>										
心理健康	<p>心情溫度計</p> <p><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?</p> <p><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> <p>※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	<p>過去是否有相關孕產醫療史</p> <p><input type="checkbox"/>0. 否, <input type="checkbox"/>1. 是 (請於下列<input type="checkbox"/>進行勾選)。</p> <p><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,</p> <p><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,</p> <p><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,</p> <p><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) 心血管疾病史,</p> <p><input type="checkbox"/> (14) 其他_____</p> <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-準備當媽咪!懷孕初期)	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。	
2. 兩性平權 (參閱手冊-破解!常見的懷孕迷思)	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-飲食營養篇)	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，確保葉酸、維生素D、碘攝取充足的重要性。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道孕期攝取足夠鈣質，並增加鐵攝取。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"/> 知道諮詢醫師、營養師，適當的選擇與食用營養補充食品。
※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 https://mammy.hpa.gov.tw 。 ※有戒菸意願者，可撥打免費戒菸專線0800-636363				
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，請參閱孕媽咪衛教手冊內容予以衛教。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 (第二十九週至第四十週)

(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	由	姓名	出生日期			_____年____月____日		
	準	身分證字號 (外籍人士居留證統一證號/ 護照號碼)						
	媽	聯絡地址						
	媽	聯絡方式			手機:		住家: () -	
健康行為	填	身高	公分	懷孕前體重	公斤	目前體重	公斤	
	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? ※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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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-難以預料的狀況題、生活保健篇)	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十二項之一者,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。		
2. 孕期營養(參閱手冊-飲食營養篇)	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"/> 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。
3. 生產準備計畫(參閱手冊-生產準備中!產兆&生產總預習)	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-新生兒哺育計畫)	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-心情不憂鬱)	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 https://mammy.hpa.gov.tw 。 ※有戒菸意願者，可撥打免費戒菸專線 0800-636363				
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，請參閱孕媽咪衛教手冊內容予以衛教。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											
				居留證統一證號/ 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)												
產檢院所稱				產檢院所醫事機構代碼								
採檢日期【註一】	年	月	日	篩檢時週數			第 週					
體重	_____公斤			檢查醫師簽								
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	白血球(WBC)			x10 ³ /uL			第二次貧血檢驗結果【註三】			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
	紅血球(RBC)			x10 ⁶ /uL								
	血小板(Plt)			x10 ³ /uL								
	血球容積比(Hct)			%								
	平均紅血球體積(MCV)			fl								
	血色素(Hb)			g/dL								

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/ 居留證統一證號										
			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：□□□□				村	路	段	巷	號	弄	樓
	縣	市	鄉	區							
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

健康署第一次產後健康照護服務紀錄結果表

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、產後健康照護服務資料 (提供服務院所填寫)												
服務院所名稱				服務院所醫事機構代碼								
本胎生產日期	年	月	日									
服務日期【註一】	年	月	日	服務時之產後天數	第 天							
身高	_____公分			體重	_____公斤							
BMI【註二】	_____kg/m ²			本次服務使用卡序	<input type="checkbox"/> IC5P(醫療院所) <input type="checkbox"/> IC6P(助產所)							
三、產後健康照護服務結果 (提供服務院所填寫)												
產後健康照護服務	提供健康或生活型態諮詢與轉介 1. 戒菸： <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 轉介 2. 高血壓： <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 轉介 3. 其他慢性疾病： <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 轉介								<input type="checkbox"/> 無左列健康或生活型態問題			
愛丁堡憂鬱量表(個案自評)分數	_____分			<input type="checkbox"/> 個案未自評				是否轉介 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				

【註一】服務日期如與開單日期不一致，請填寫產後婦女實際接受本服務之日期，並於服務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。

【註三】本胎生產日期若為雙(多)胞胎，以最後一胎產出時間認定。

健康署第二次產後健康照護服務紀錄結果表

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	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、產後健康照護服務資料 (提供服務院所填寫)										
服務院所名稱				服務院所 醫事機構代碼						
本胎生產日期	年	月	日							
服務日期 【註一】	年	月	日	服務時之 產後天數	第 天					
身高	_____公分			體重	_____公斤					
BMI 【註二】	_____kg/m ²			本次服務 使用卡序	<input type="checkbox"/> IC5Q(醫療院所) <input type="checkbox"/> IC6Q(助產所)					
三、產後健康照護服務結果 (提供服務院所填寫)										
產後健康 照護服務	提供健康或生活型態諮詢與轉介 1. 健康體位： <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 轉介 2. 飲食營養： <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 轉介 3. 運動： <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 轉介 4. 高血壓： <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 轉介 5. 其他慢性疾病： <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 轉介							<input type="checkbox"/> 無左列健康或生活型態問題		
愛丁堡憂鬱量表(個案自評) 分數	_____ 分			<input type="checkbox"/> 個案未自評			是否轉介 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

【註一】服務日期如與開單日期不一致，請填寫產後婦女實際接受本服務之日期，並於服務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。

【註三】本胎生產日期若為雙(多)胞胎，依最後一胎產出時間認定。

新住民懷孕婦女未納健保產前檢查及產後健康照護服務補助計畫申復清單

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、第一次產後健康照護服務、第二次產後健康照護服務)	孕婦產前預防保健服務 或產後健康照護服務 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			
			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) 本清單每份二聯，由醫療院所依式詳填，第一聯留存醫療院所備查，第二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未納健保產前檢查及產後健康照護服務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及產後健康照護服務補助計畫申復清單

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、 第一次產後健康照護服務、第二次產後健康照護服務)	孕婦產前預防保健服務 或產後健康照護服務 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) 本清單每份二聯，由醫療院所依式詳填，第一聯留存醫療院所備查，第二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未納健保產前檢查及產後健康照護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>
---	---

**補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查及產後健康照護服務個案
補助款申領清單及領據（醫療院所用）**

註：本項服務由菸品健康福利捐補助

年 月份

個案姓名	檢查日期	申請補助金額	個案姓名	檢查日期	申請補助金額
		(新臺幣：元)			(新臺幣：元)
合計	產前檢查 案次， 產後健康照護服務 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、產後健康照護服務個案補助款計

新臺幣 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：() _____

撥款之銀行名稱：_____ 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前檢查及產後健康照護服務補助費用申領作業

