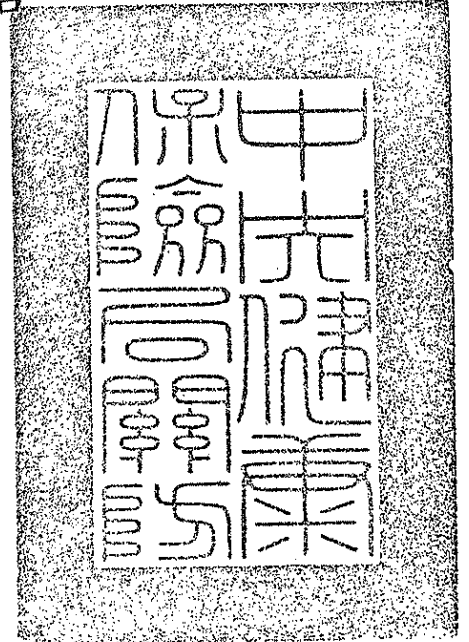


副本

中央健康保險局 公告

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國98年10月1日  
發文字號：健保醫字第0980091393號  
附件：如主旨



主旨：公告訂定「莫拉克颱風災後全民健康保險醫療作業須知」  
如附件。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、臺灣醫院協會、中華民國區域醫院協會、臺灣私立醫療院所協會、臺灣醫學中心協會、中華民國地區醫院協會、臺灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、行政院主計處、台北市政府、高雄市政府、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、福建省連江縣政府、福建省金門縣政府、臺灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞工保險局、行政院衛生署、行政院衛生署疾病管制局、行政院衛生署國民健康局、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、全民健康保險醫療費用協定委員會、本局各分局、本局各聯合門診中心、本局總經理室、本局黃副總經理室、本局主任秘書室、本局財務處、本局會計室、本局企劃處（請刊登全球資訊網）、本局資訊處、本局醫審暨藥材小組、本局承保處、本局稽核室、本局醫務管理處（均含附件）

中央健康保險局  
校對章(3)

總經理 鄭守夏



莫拉克颱風災後全民健康保險  
醫療作業須知  
(特約醫事服務機構適用)

98年10月1日修訂版

中央健康保險局 編印

# 莫拉克颱風受災之民眾全民健康保險醫療作業須知

## (特約醫事服務機構適用)

中央健康保險局 98 年 10 月 1 日健保醫字第 0980091393 號公告訂定

### 目錄

前言	(第 3 頁)
壹、特約醫事服務機構受理莫拉克颱風災後民眾就醫作業	(第 4-7 頁)
貳、特約醫事服務機構醫務管理作業	(第 8-9 頁)
參、特約醫事服務機構醫療費用申報作業	(第 9-10 頁)

## 前言

中央健康保險局(以下簡稱本局)為加強莫拉克颱風受災地區就醫民眾之各項醫療需求，依行政院衛生署 98 年 9 月 10 日衛署健保字第 0982600323 號令訂定發布之「莫拉克颱風災後之全民健康保險保險費補助及就醫協助辦法」(以下簡稱本辦法)，訂定公布「莫拉克颱風災後全民健康保險醫療作業須知」，供 貴特約醫事服務機構參考辦理。如果對本須知，仍有疑問請洽本局轄區各分局：

(一)專線:0800-030-598

(二)本局各分局

中區分局：電話(04)22583988 轉 6688、6642	傳真：(04)22531237
南區分局：電話(06)2245678 轉 1615	傳真：(06)2244370
台北分局：電話(02)23820071、23486730	傳真：(02)23312144
北區分局：電話(03)4339111 轉 3309	傳真：(03)4381821
高屏分局：電話(07)3233123 轉 5959	傳真：(07)3159587
東區分局：電話(03)8332111 轉 229	傳真：(03)8331982

祝 順利

中央健康保險局敬啟

壹、特約醫事服務機構受理莫拉克颱風災後民眾就醫須知

一、適用期間及協助方式：

(一) 災戶就醫

符合「莫拉克颱風災後全民健康保險保險費補助及就醫協助辦法」規定之保險對象，於98年8月7日至11月30日前往各健保特約醫事服務機構就醫者，享有下列就醫協助：

(1) 免除門診（含急診）、住院應自付之部分負擔費用。

(2) 免除健保不給付之住院一般膳食費用。

(二) 災區就醫

1. 98年8月7日至98年8月31日期間，前往受災影響之縣(市)鄉(鎮)（附表一）及其他經中央衛生主管機關認定地區之本保險醫事服務機構就醫者，享有前項第(1)、(2)之就醫協助。

附表一：受災影響之縣(市)鄉(鎮)

縣市名稱	鄉鎮市名稱
高雄縣	全縣
屏東縣	全縣
嘉義縣	全縣
台東縣	太麻里鄉、金峰鄉、大武鄉、達仁鄉、海端鄉、鹿野鄉
台南縣	全縣
南投縣	信義鄉、仁愛鄉、水里鄉、國姓鄉

2. 98年9月1日至98年11月30日期間，前往受災嚴重之縣(市)鄉(鎮)(附表二)及其他經中央衛生主管機關認定地區之本保險醫事服務機構就醫者，亦享有前項第(1)、(2)之就醫協助。

附表二：受災嚴重之縣(市)鄉(鎮)

縣市名稱	鄉鎮市名稱
高雄縣	甲仙鄉、桃源鄉、那瑪夏鄉、茂林鄉、內門鄉、六龜鄉 旗山鎮、大樹鄉、杉林鄉、美濃鎮
屏東縣	佳冬鄉、林邊鄉、內埔鄉、三地門鄉、高樹鄉、泰武鄉、獅子鄉、春日鄉、霧臺鄉、來義鄉、牡丹鄉、東港鎮、瑪家鄉
嘉義縣	東石鄉、阿里山鄉、梅山鄉、竹崎鄉、番路鄉、大埔鄉
台東縣	太麻里鄉、金峰鄉、大武鄉、達仁鄉、海端鄉
台南縣	南化鄉、大內鄉、玉井鄉、麻豆鎮、學甲鎮
南投縣	信義鄉、仁愛鄉、水里鄉、國姓鄉
雲林縣	古坑鄉、口湖鄉、元長鄉

二、自墊核退：

- (一) 符合前條規定之保險對象，自墊醫療費用部分負擔及本保險不給付之住院一般膳食費，得於就醫後六個月內洽本局轄區各分局辦理核退。

(二) 本局各分局接獲符合於莫拉克風災之民眾申請自墊部分負擔費用（或住院膳食費）核退案，醫療費用自墊核退子系統（PBJ）之受理資料維護作業（PBJH0101S）畫面相關欄位，請依下述填載，餘維持不變。

1. 核退類別：5「莫拉克風災」。
2. 就醫地區：1「國內」。
3. 就醫國別：空白。
4. 申請退費原因：8「莫拉克風災」。
5. 就醫原因：6「其他」。
6. 政府補助拆帳註記：009「天然災害」。

## 貳、特約醫事服務機構醫務管理作業

### 一、莫拉克颱風受災民眾就醫協助方案

(一) 莫拉克風災適用對象就醫之醫療費用支付，準用全民健康保險支付標準、藥價基準與醫療辦法等本保險相關規定。

(二) 受理莫拉克颱風受災民眾就醫（災戶就醫、災區就醫）之健保特約醫事服務機構，給付類別：住院案件「8：天災」申報；門診案件依是否巡迴，以「A：天然災害--巡迴（98.8增訂）」或「B：天然災害--非巡迴（98.8增訂）」申報，

給付項目包括門診、急診、住診部分負擔費用及住院一般膳食費。

- (三) 全民健康保險法第 39 條所列本保險不給付範圍，不予支付，另住院一般膳食費按各醫院支付標準支付，惟因各醫院膳食費之收費標準不同，無法以媒體格式申報，請以書面格式申報（書面格式請參考附件一）。
- 本局轄區各分局則以追扣補付系統原因別 635「天然災害膳食費補助核付」辦理。

## 二、風災就醫民眾基本資料申報規定(西、中、牙醫均適用)

98 年 8 月 7 日起至 11 月 30 日止，凡受理符合本作業須知所列之莫拉克颱風受災民眾就醫：

- (一)免收部分負擔，「部分負擔代號」欄位請填「009」，持健保卡就醫者，依一般就醫程序取號；若受理對象無健保卡，「健保 IC 卡就醫序號」欄位請填「C001」例外就醫，並填寫全民健康保險醫療院所例外就醫名冊（如附件二）。
- (二)受理對象個人資料欄位，如身分證號、出生日期等，請依實際狀況填寫；若受理對象個人資料不詳者，則「身分證號」欄位請填「2009080711」，「出生日期」欄位請填「0980807」。

## 三、災區民眾若為病情需要或相關原因，必須轉診後送到其他非



本方案公告適用地區之醫事服務機構就醫，應填寫「全民健康保險莫拉克颱風受災民眾之轉診單」（如附件三），並依上述申報規定作業。

## 參、特約醫事服務機構醫療費用申報作業

### 一、申報相關規定

風災費用之申報，各特約醫事服務機構應製作病歷並每月醫療費用申報，「給付類別」欄位，住院案件請填「8：天災災害」，部分負擔代號欄位請填「009」；門診案件請依是否巡迴，填報「A：天然災害--巡迴（98.8增訂）」或「B：天然災害--非巡迴（98.8增訂）」，部分負擔代號欄位請填「009」，門診醫療服務點數清單項次 34-1「代辦費用金額」請填寫應收部分負擔金額。餘依現行相關之申報規定辦理。

上開「A：巡迴」指因應風災新增之巡迴（或支援）醫療服務，不含原例行之巡迴醫療服務（如 IDS 巡迴、醫缺）。

### 二、其他規定

- (一)特約醫事服務機構，若因本次風災致病歷等申報相關資料毀損，或因急迫狀況不及登載病人門診病歷者，可於事實發

生之日起1個月內，檢附相關證明文件，向本局轄區各分局報備。如查證屬實，其醫療費用按開診日數及最近6個月平均核付金額計算，如未達6個月按實際核付費用年月計算，依8折核付。

本局轄區各分局則以追扣補付系統原因別220「因天災無明細資料之院所核付」辦理。

(二)方案公告之風災地區所在特約醫事服務機構，因本次風災害(如停電等)，不及於規定期限內(次月20日前)申報費用，或申復案件不及於規定期限內申請者，得由本局轄區各分局依個案情形予以專案處理。

(三)赴災區支援之醫療院所，申報方式規定如次：

1. 支援作業之醫療費用，原則由受支援之醫院申報，亦得由支援院所自行申報。
2. 國家級災難醫療救護隊(簡稱國災隊)或衛生局等派遣之醫療站，請由支援醫師原服務之特約醫療院所申報。
3. 個別醫事人員經報備後前往災區支援，其相關之醫療費用得併入受支援之醫療院所申報，或檢具支援佐證資料由原服務之特約院所申報。
4. 前述支援作業之門診醫療費用，併當月門診醫療費用申

報，部分負擔代號欄位請填「009」，門診醫療服務點數清單項次 34-1「代辦費用金額」請填寫應收部分負擔金額。餘依現行相關之申報規定辦理。另提供行政院衛生署製作之支援特約醫療院所「災難醫療救護隊醫療專用病歷」(如附件四)，供參用。

醫療院所代號：

年 月份申報  天然災害 代辦費用統計表

醫療院所名稱：

第 頁 共 頁

一式四聯 第一聯 醫院存查

姓名	身分證號碼	省市別	住院診療期間	普通膳食費		
				日數	單價	金額
		<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	起迄 年 月 日 年 月 日			
		<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	起迄 年 月 日 年 月 日			
		<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	起迄 年 月 日 年 月 日			
		<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	起迄 年 月 日 年 月 日			
		<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	起迄 年 月 日 年 月 日			
		<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	起迄 年 月 日 年 月 日			
		<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	起迄 年 月 日 年 月 日			
		<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	起迄 年 月 日 年 月 日			
本頁小計						元
總合計						元

註：1. 本表請每月彙整併同醫療費用申報總表於次月二十日前送本局各轄區分局。

2. 本表請自行影印使用。

作業須知附件一

醫療院所代號：

醫療院所名稱：

年 月份申報  天然災害 代辦費用統計表

第 頁 共 頁

姓名	身分證號碼	省 市 別	住院診療期間	普通膳食費		
				日數	單價	金額
		<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	起迄 年 年 月 月 日 日			
		<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	起迄 年 年 月 月 日 日			
		<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	起迄 年 年 月 月 日 日			
		<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	起迄 年 年 月 月 日 日			
		<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	起迄 年 年 月 月 日 日			
		<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	起迄 年 年 月 月 日 日			
		<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	起迄 年 年 月 月 日 日			
本頁小計						元
總合計						元

註：1. 本表請每月彙整併同醫療費用申報總表於次月二十日前送本局各轄區分局。  
 2. 本表請自行影印使用。

醫療院所代號：

年 月 份 申 報  天 然 災 害 代 辦 費 用 統 計 表

醫療院所名稱：

姓名	身分證號碼										省 市 別	住院診療期間		日數	普通膳食費		金額
													起		迄	單價	
											<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 其他	年 月 日	年 月 日			
											<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 其他	年 月 日	年 月 日			
											<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 其他	年 月 日	年 月 日			
											<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 其他	年 月 日	年 月 日			
											<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 其他	年 月 日	年 月 日			
											<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 其他	年 月 日	年 月 日			
											<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 其他	年 月 日	年 月 日			
											<input type="checkbox"/> 高雄縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 台南縣 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 其他	年 月 日	年 月 日			
本頁小計																	元
總合計																	元

註：1. 本表請每月彙整併同醫療費用申報總表於次月二十日前送本局各轄區分局。

2. 本表請自行影印使用。

醫療院所代號：

醫療院所名稱：

年 月份申報  天然災害 代辦費用統計表

第 頁 共 頁

姓名	身分證號碼					省 市 別			住院診療期間			普通膳食費			
												日數	單價	金額	
						<input type="checkbox"/> 高雄縣	<input type="checkbox"/> 屏東縣	<input type="checkbox"/> 嘉義縣	起迄	年	月	日			
						<input type="checkbox"/> 台南縣	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 嘉義縣	起迄	年	月	日			
						<input type="checkbox"/> 高雄縣	<input type="checkbox"/> 屏東縣	<input type="checkbox"/> 嘉義縣	起迄	年	月	日			
						<input type="checkbox"/> 台南縣	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 嘉義縣	起迄	年	月	日			
						<input type="checkbox"/> 高雄縣	<input type="checkbox"/> 屏東縣	<input type="checkbox"/> 嘉義縣	起迄	年	月	日			
						<input type="checkbox"/> 台南縣	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 嘉義縣	起迄	年	月	日			
						<input type="checkbox"/> 高雄縣	<input type="checkbox"/> 屏東縣	<input type="checkbox"/> 嘉義縣	起迄	年	月	日			
						<input type="checkbox"/> 台南縣	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 嘉義縣	起迄	年	月	日			
						<input type="checkbox"/> 高雄縣	<input type="checkbox"/> 屏東縣	<input type="checkbox"/> 嘉義縣	起迄	年	月	日			
						<input type="checkbox"/> 台南縣	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 嘉義縣	起迄	年	月	日			
本頁小計															元
總合計															元

註：1. 本表請每月彙整併同醫療費用申報總表於次月二十日前送本局各轄區分局。  
 2. 本表請自行影印使用。

## 全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

就醫日期	就醫類別 <input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院	姓名	出生日期	身分證字號	連絡電話 (公)： (宅)： 手機：	地址	無卡原因 <input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間

註：1. 本表應檢送健保局各分局備查。

2. 本表請院所自行印製使用。

11 專科醫師



# 全民健康保險莫拉克颱風受災民眾之轉診單

附件  
 三

**A 表**

保險對象基本資料	姓 名	性 別	出 生 病 歷 號 碼		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日		
	身 分 證 號	聯 絡 電 話	聯 絡 地 址	聯 絡 人	

**B 表**

原診治醫事服務機構	轉診目的	1. <input type="checkbox"/> 急診治療      4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目 2. <input type="checkbox"/> 住院治療      5. <input type="checkbox"/> 其他 3. <input type="checkbox"/> 門診治療				
	院所名稱					
	病情概述					
	診治醫師	姓 名	科 別	聯 絡 電 話	醫 師 簽 章	

**C 表**

受理轉診醫事服務機構	病患來源	1. <input type="checkbox"/> 經災區相關單位後送〈單位名稱：_____〉 2. <input type="checkbox"/> 其他〈例如親友護送或自行搭車前往等等_____〉				
	院所名稱					
	診治醫師	姓 名	科 別	醫 師 簽 章		

填表說明：

1. 保險對象基本資料欄 (A 表) 一律要填寫。
2. 由災區醫事服務機構轉出至非災區醫事服務機構就醫者，由原診治之醫事服務機構填寫 B 表交付病患，俾便轉診後送。
3. 經災區相關單位 (如直昇機、救護車轉送或其他單位 (親友護送或自行搭車前往) 至非災區醫事服務機構就醫者，請受理轉診之醫事服務機構填具受理轉診醫事服務機構欄 (C 表)。
4. 轉診包括：經災區醫療院所轉診、經災區相關單位後送及其他 (例如親友護送或自行搭車前往等等)。
5. 本表請非災區醫事服務機構併醫院病歷歸檔，以為日後查證災民就醫協助適用資格。

病歷編號：\_\_\_\_\_

### 災難醫療救護隊醫療專用病歷

醫療地點：衛生所/室：\_\_\_\_\_ 醫療站：\_\_\_\_\_ 醫院：\_\_\_\_\_

就診時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

一、**基本資料** (本項請病患或陪同家屬先行填寫，粗體字處為必填)

姓名：_____	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡：_____歲	(生日：_____年_____月_____日)
身份證字號：_____			
居住地：_____		電話：_____	
病患身分： <input type="checkbox"/> 社區民眾 <input type="checkbox"/> 工作人員 <input type="checkbox"/> 遊客 <input type="checkbox"/> 其他 _____			

二、**主訴及症狀—檢傷級數** I II III IV

<input type="checkbox"/> 非創傷						
心肺、神經	<input type="checkbox"/> 暈倒	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭暈	<input type="checkbox"/> 抽筋	<input type="checkbox"/> 意識改變	
(CV. Neuro)	<input type="checkbox"/> 心律不整	<input type="checkbox"/> 步態不穩	<input type="checkbox"/> 高血壓	<input type="checkbox"/> 肢體無力	<input type="checkbox"/> 其他 _____	
胸腔(CHEST)	<input type="checkbox"/> 咳嗽	<input type="checkbox"/> 呼吸困難	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 哮喘	<input type="checkbox"/> 其他 _____	
腸胃(GI)	<input type="checkbox"/> 噁心	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 腹漲	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹瀉	<input type="checkbox"/> 其他 _____
感冒(URI)	<input type="checkbox"/> 發燒	<input type="checkbox"/> 聲音嘶啞	<input type="checkbox"/> 喉嚨痛	<input type="checkbox"/> 鼻塞	<input type="checkbox"/> 流鼻水	<input type="checkbox"/> 其他 _____
其他	<input type="checkbox"/> 焦慮	<input type="checkbox"/> 失眠	<input type="checkbox"/> 起水泡	<input type="checkbox"/> 過敏	<input type="checkbox"/> 外傷，部位	<input type="checkbox"/> 其他 _____
<input type="checkbox"/> 創傷 (請紀錄於背面身體檢查表)						

三、**過去病史**(請病患自述，不必一一勾選)

<input type="checkbox"/> 心臟病	<input type="checkbox"/> 肺病	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血壓	<input type="checkbox"/> 肝臟病	<input type="checkbox"/> 盲腸炎	<input type="checkbox"/> 腦中風
<input type="checkbox"/> 其他 _____						

四、**身體檢查**：生命徵象—血壓 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 體溫 \_\_\_\_\_ 脈搏 \_\_\_\_\_ 呼吸 \_\_\_\_\_ 血氧濃度 \_\_\_\_\_

五、**診斷**：

◎創傷	<input type="checkbox"/> 拉傷/扭傷	<input type="checkbox"/> 擦傷/裂傷	<input type="checkbox"/> 鈍傷	<input type="checkbox"/> 燙/曬傷	<input type="checkbox"/> 脫水	<input type="checkbox"/> 熱痙攣(抽筋)
	<input type="checkbox"/> 熱衰竭	<input type="checkbox"/> 中暑				
◎非創傷	<input type="checkbox"/> 疑冠心病	<input type="checkbox"/> 氣喘發作	<input type="checkbox"/> 感冒	<input type="checkbox"/> 腸胃炎	<input type="checkbox"/> 胃痛	<input type="checkbox"/> 昆蟲叮咬
	<input type="checkbox"/> 結膜炎	<input type="checkbox"/> 過敏	<input type="checkbox"/> 過度換氣症候群	<input type="checkbox"/> 自主神經系統失調	<input type="checkbox"/> 高血壓	<input type="checkbox"/> 其他：

六、**處方及處置** (口服、肌肉或靜脈注射)(擦藥、包紮、傷口換藥)

處方：1.	<input type="checkbox"/> 已領藥      <input type="checkbox"/> 未領藥
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

處置：

1治療後離開(\_\_\_\_\_自行就醫)      2用救護車轉送至 a醫療站      b醫院

3拒絕治療

補述：

作業須知 3/4