

新北市政府衛生局「新北市婚後孕前健康檢查」服務需求說明

新北市政府衛生局(以下簡稱甲方)委託醫療院所(以下簡稱乙方)辦理婚後孕前健康檢查，服務需求說明內容如下：

- 一、 合約履約期間：自 110 年 1 月 1 日起實施。
- 二、 經費：依各特約醫療院所實際核銷為準。
- 三、 履約地點與時間：甲方合約醫療院所，履約時間若有異動情形，依甲方最新公告通知為主。

四、 申請資格：

- (一) 乙方應為中央健保署特約醫療服務機構，且應有執業登記之婦產科或家庭醫學科醫師為主要簽約對象，檢附開業執照及執業執照影本。
- (二) 乙方應檢附 TAF、CAP 等認可實驗室之認證證書及檢驗人員之執業執照，如未設有醫療檢驗部門，得由委託之檢驗單位提供之，並檢附主管機關核發之開業執照。辦理愛滋病篩檢者，需符合疾病管制署愛滋檢驗能力試驗合格名單之醫療院所及檢驗機構，並檢附相關證明文件。

五、 委託服務項目：

- (一) 基本資料及身體檢查(含基本資料、健康史、一般檢查、家族史等)
- (二) 血液常規檢驗 8 項 (WBC、RBC、Hb、Hct、PLT、MCV、MCH、MCHC)
- (三) 尿液常規檢驗 10 項 (酸鹼度、蛋白質、葡萄糖、潛血、外觀、紅血球、白血球、上皮細胞、圓柱體、細菌)
- (四) 德國麻疹抗體篩檢
- (五) 水痘抗體篩檢
- (六) 地中海型貧血篩檢 (血紅素電泳分析)
- (七) 精蟲分析
- (八) 愛滋病篩檢
- (九) 梅毒篩檢

六、 委託服務項目要求說明：

(一) 採檢

1. 生化檢體應使用含有分離膠狀物之採檢管採集，其他檢體應依適當之採檢管採集。採檢要求如下：
 - (1) 使用 SST 試管 (含 Gel) 採檢，應於採檢 30-60 分內完成離心或依據採檢管要求處理時間內完成離心，完成離心之檢體需低於 15°C 並冷藏，且必須於採檢後 24 小時內完成檢驗、複驗。
 - (2) 使用含 NaF 採檢管採檢，採血完檢體需低於 15°C 冷藏，且必須於採檢後 48 小時內完成檢驗、複驗。
2. 乙方需免費提供所有採檢之耗材。

(二) 檢驗人員資格

1. 實際檢驗人員須具醫檢師/生執業證照。
2. 檢驗人員應參加及通過相關檢驗之職前訓練，並留有紀錄。

(三) 檢驗儀器要求

1. 應優先使用可列印結果數據或可用電子媒體保存之儀器進行檢驗，以利數據之保存及追蹤查核；若檢驗結果無法以儀器列印者，則應有書面之原始檢驗結果紀錄表可供對照查核。
2. 同一家廠家使用不同設備執行相同項目時有相關性證明，確保檢驗結果之一致性。
3. 需定期作維護保養與校正，有紀錄存查並維持良好狀況。

(四) 檢驗過程

1. 血液、尿液常規檢體需在收檢後 12 小時內檢驗完畢，生化檢驗（血漿或血清需先與血球分離）必須於採檢後 48 小時內完成檢驗、複驗。
2. 若有實驗室則五-(二)、五-(三)不得再委託，無實驗室時如需委託，乙方應有有效的書面化作業程序，以評估與選擇有能力之分包實驗室，並應負責監督分包實驗室之品質，確保有能力執行分包的檢驗。
3. 以上各項檢驗使用之試劑應為衛生福利部核准上市之檢驗試劑組。
4. 精蟲分析檢驗結果之正確性涉及採檢至送抵檢驗之時間，惟囿於路途與檢驗是否能及時，乙方應依據甲方需求安排檢驗人力及設備執行本項檢驗。

(五) 檢體保存

1. 血液常規檢驗檢體保留 1 週，生化(含血糖)及血清檢驗驗畢檢體應將血清與血球分離（除可以證明兩者不會互相干擾導致複驗異常情形者或不可複驗者）。生化與免疫血清陰性血清檢體妥善置冰箱冷藏(2-8°C)保存 7 天，免疫血清陽性檢體則放置冰櫃冷凍(-20°C 以下)保存半年。
2. 送驗檢體及檢驗結果不得以任何理由移做他用。
3. 甲方可定期及不定期抽驗檢體做實驗室交叉比對，所需費用由乙方支付。必要時，甲方得至乙方檢驗處進行實地查證。

(六) 檢驗報告

1. 檢驗報告單依乙方之格式提供給受檢人員，應附有各項參考值，並蓋妥機構名稱、醫師人員章。
2. 必要時依據甲方需求修正報告單格式。

(七) 品質管制

1. 各項檢驗項目應實施實驗室內部品質管制措施及參加外部能力試驗計畫，並有留有原始數據紀錄存查。
2. 各項檢驗項目應參加外部能力試驗計畫或品管監測至少每年一次。但國內未辦理該項能力試驗計畫或品管監測之項目，應有替代性外部品管比對措施。

(八) 如有違規(約)事件，甲方得隨時終止合約，乙方不得異議。

(九) 其他

1. 配合甲方相關單位之有關檢驗結果資訊之收集與分析，格式由甲方訂之。
2. 配合甲方或衛生所使用之醫療資訊系統進行檢驗資訊化及匯入匯出。
3. 需符合相關法規。

七、審核方式：

- (一) 由乙方按每月分批審核，採實支實付辦理方式。
- (二) 乙方應就甲方給付部份（不含中央健康保險署負擔部份），於每月底前上傳本局「健康管理系統」及衛生福利部國民健康署「婦幼健康管理整合系統」，並將領據(需附千分之四印花稅)、個案明細報表送至甲方審核及辦理請款手續。
- (三) 有關免費檢查補助項目、補助款申請手續、收費相關標準，請依本局公告之計畫相關規定辦理。另如該項補助經費於合約到期前用罄，甲方可通知乙方終止合約，乙方不得異議及請求任何補償或賠償。

八、補助項目費用額度：檢驗或相關處置費用如下列表，採實支實付方式辦理。

(一) 女性

檢驗項目		金額
基本資料及身體檢查	個案紀錄及一般性檢查	70 元
尿液常規檢驗	含顏色、性狀、比重、酸鹼度、蛋白質、葡萄糖、潛血、白血球、上皮細胞、圓柱體、細菌等	75 元

血液常規檢驗	WBC、RBC、Hb、Hct、PLT、MCV、MCH、MCHC	200 元
德國麻疹抗體篩檢	Rubella IgG	240 元
水痘抗體	V.Zoster IgG	200 元
梅毒篩檢	VDRL，含確認實驗	70 元
愛滋病篩檢	Anti-HIV(初篩)	240 元
地中海型貧血篩檢	Hb-EP Quantitation(有家族史可加做此項檢驗)	300 元
德國麻疹或 MMR 自費施打疫苗	15-49 歲育齡婦女免費施打	

(二) 男性

檢驗項目		金額
基本資料及身體檢查	個案紀錄及一般性檢查	70 元
尿液常規檢驗	含顏色、性狀、比重、酸鹼度、蛋白質、葡萄糖、潛血、白血球、上皮細胞、圓柱體、細菌等	75 元
血液常規檢驗	WBC、RBC、Hb、Hct、PLT、MCV、MCH、MCHC	200 元
梅毒篩檢	VDRL，含確認實驗	70 元
愛滋病篩檢	Anti-HIV(初篩)	240 元
地中海型貧血篩檢	Hb-EP Quantitation(有家族史可加做此項檢驗)	300 元
精蟲分析檢查	Liquefaction time、appearance、pH、volume、count of sperm、Motility 30min、Motility 1hr、Motility 2hr、Morphology % Normal、RBC、WBC、Epithelial cell、Bacteria、fungal elements、parasite	73 元

九、本服務需求書視為合約書之一部分，與行政契約書具同等之效力。

附件一

新北市政府衛生局婚後孕前健康檢查相關資料黏貼聯

一、補助資格：夫妻雙方任一方設籍本市，已結婚尚未懷第一胎之夫妻雙方。

二、補助項目：

(一) 男性 5 項檢查：尿液檢查、血液常規、梅毒篩檢、愛滋病篩檢及精蟲分析檢查。

(二) 女性 6 項檢查：尿液檢查、血液常規、梅毒篩檢、愛滋病篩檢、德國麻疹抗體篩檢、水痘抗體篩檢。

(三) 另有地中海型貧血家族病史者，亦可加做 Hb-EP 篩檢。

我已詳閱並符合上述補助資格(受檢者親自簽名)：_____

(若經查不符補助資格，則需自付補助之費用)

*為維護各特約醫療機構服務及民眾受檢品質，受檢資料將作為本局公共衛生業務用途。

身分證件資料黏貼處

.....

(單位全銜) 婚後孕前健康檢查個案紀錄單

病歷號碼：

1 專案補助

2 自費身分

一、基本資料 (由受檢者填寫)

姓名	出生日期	年 月 日	結婚日期	年 月 日	國籍別	<input type="checkbox"/> 1 本國 <input type="checkbox"/> 2 大陸 <input type="checkbox"/> 3 外籍 ()	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證/居留證字號		連絡電話		(公司)	(行動)
教育程度	<input type="checkbox"/> 1 國中及以下 <input type="checkbox"/> 2 高中 <input type="checkbox"/> 3 大(專)學 <input type="checkbox"/> 4 研究所 <input type="checkbox"/> 5 博士 <input type="checkbox"/> 其他 _____			身分別	<input type="checkbox"/> 0 一般戶 <input type="checkbox"/> 1 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2 原住民 <input type="checkbox"/> 3 新移民 <input type="checkbox"/> 4 身心障礙(障別: _____ 程度: _____)		
戶籍地	市 縣 區	路 街 段 巷 弄 號 樓之	職業別		<input type="checkbox"/> 1 軍公教 <input type="checkbox"/> 2 工農 <input type="checkbox"/> 3 商 <input type="checkbox"/> 4 金融 <input type="checkbox"/> 5 服務業 <input type="checkbox"/> 6 家管 <input type="checkbox"/> 7 其他 ()		
現居地	市 縣 區	路 街 段 巷 弄 號 樓之					
電子信箱	@	訊息來源	<input type="checkbox"/> 1 通知單 <input type="checkbox"/> 2 網路 <input type="checkbox"/> 3 戶政單位 <input type="checkbox"/> 4 海報 <input type="checkbox"/> 5 醫療院所 <input type="checkbox"/> 6 其他 ()				

二、健康史

服藥習慣	是否長期服用藥物? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (藥物名稱: _____)	疾病史	是否曾經開刀、住院或輸血的情形? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 罹患其他重大疾病? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____
過敏史	是否對藥物、食物或其他物品過敏? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 原因: _____	吸菸史	<input type="checkbox"/> 從未吸菸 <input type="checkbox"/> 目前已戒菸 <input type="checkbox"/> 自 _____ 歲開始吸菸, 平均每天 _____ 枝
飲酒史	<input type="checkbox"/> 從不喝酒 <input type="checkbox"/> 偶爾喝酒 <input type="checkbox"/> 自 _____ 歲開始喝酒, 最常喝哪一種酒? _____; 量多少? _____		
月經史 男士 免填	1. 初經年齡 () 歲 2. 最近一次月經日期: _____ 月 _____ 日; 期間: _____ 日 3. 出血量: <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 適量 <input type="checkbox"/> 少 4. 週期約: _____ 天 5. 規則性: <input type="checkbox"/> 規則 <input type="checkbox"/> 不規則 6. 經痛: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不一定 7. 陰道分泌物: <input type="checkbox"/> 量多 <input type="checkbox"/> 量少 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 無惡臭味 <input type="checkbox"/> 有惡臭味		
子女 期望數	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 皆可 期望數 _____ 人	計劃 生育時間	<input type="checkbox"/> 1 年內 <input type="checkbox"/> 1-2 年 <input type="checkbox"/> 3 年以上 <input type="checkbox"/> 順其自然或尚未計劃
避孕 方式	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 保險套 <input type="checkbox"/> 避孕藥 <input type="checkbox"/> 避孕器 <input type="checkbox"/> 安全期 <input type="checkbox"/> 體外射精 <input type="checkbox"/> 其他 ()		

三、一般檢查

身高	公分	體重	公斤	脈搏	次/分	血壓	mmHg
理想體重	公斤; 公式 BMI = 身高(公尺) ² × 22						

四、家族史

家族 病史	1. 家族中有無先天性病個案: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 免唇顎裂 <input type="checkbox"/> 先天性心臟病 <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 其他: 疾病名稱 _____ 2. 家族中有無一歲內死亡案例: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 3. 家族中有無誰曾被診斷為習慣性流產: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 4. 家族中有無智能不足的案例: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 5. 家族中有無生長發育異常個案, 生長遲緩、侏儒: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 6. 家族中是否有精神異常個案: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 7. 家族中有無地中海型貧血病史者: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有地中海型貧血病家族史者請詳述: _____						
----------	--	--	--	--	--	--	--

五、檢驗結果

1 尿液	尿蛋白 <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常	尿糖 <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常	潛血 <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常	紅血球 <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常	白血球 <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常	上皮細胞 <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常	細菌 <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常
2 血液	Hb <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常	MCV <input type="checkbox"/> 正常 () <input type="checkbox"/> 異常	VDRL <input type="checkbox"/> 陽性 () <input type="checkbox"/> 陰性	anti HIV <input type="checkbox"/> 陽性 () <input type="checkbox"/> 陰性	德國麻疹 <input type="checkbox"/> 陽性 () <input type="checkbox"/> 陰性	水痘抗體 <input type="checkbox"/> 陽性 () <input type="checkbox"/> 陰性	
3 精液	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 量過少 <input type="checkbox"/> 精蟲數過少 <input type="checkbox"/> 活動力不良 <input type="checkbox"/> 型態不良 <input type="checkbox"/> 未驗						
4 子宮頸抹片檢查:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (原因 _____) 結果 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常						
4 加驗項目:	Hb-EP <input type="checkbox"/> 1 正常 <input type="checkbox"/> 2 異常 <input type="checkbox"/> 3 未驗						
5 自費檢驗項目:							

醫師意見與建議:

5

- 1 需進一步轉介檢查或處理: (轉介至 _____ 醫院 _____ 科)
2 其他 .

醫師簽章:

新北市_____（衛生所/特約醫療院所全銜）轉介單

本院所發現個案有下列症狀，轉請 貴院診治，請填寫就診情況，並惠予回覆本院所（聯絡電話：_____；聯絡人：_____），以便追蹤管理，謝謝您的協助！

個案姓名：_____ 性別：男 女 身分證字號：_____

出生日期：____年____月____日 電話：_____

住 址：_____縣_____（鄉鎮市）_____里（村）_____

轉介原因：

- 尿路感染或泌尿系統問題
- VDRL 陽性
- anti HIV 陽性
- Hb-EP 異常
- 家族中有罕見疾病的遺傳
- 子宮頸抹片檢驗結果異常
- 精液檢驗結果異常
- 重大疾病：_____
- 其他

轉診科別： 一般內科 心臟內科 新陳代謝科 婦產科
 生殖醫學科 其他

轉介日期：____年____月____日

轉介者簽名：_____

診療結果

醫療院所名稱：_____

就醫日期：_____

醫師診斷結果：

醫師建議事項：

醫師簽章：_____

印 模 單

契 約 書：新北市政府衛生局「婚後孕前健康檢查」服務契約書

合 約 醫 院：

負 責 人：

地 址：

電 話：

合 約 醫 院 印 鑑

負 責 人 印 章

中 華 民 國 年 月 日

婚後孕前轉介醫療院所資源表

院所別	科別	地址	電話
台大醫院	婦產科	臺北市常德街1號	(02)2312-3456
亞東醫院	生殖醫學科 產科 婦科	新北市板橋區華東里6 鄰南雅南路2段21號	(02)8966-7000
耕莘醫院	婦產科	新北市新店區中正路 362號	預約掛號專線：(02)2219-5028
			總機：(02)2219-3391
教耕莘醫院永和分院	婦產科	新北市永和區中興街80 號	(02)2928-6060
國泰綜合醫院汐止分院	婦產科	新北市汐止區建成路59 巷2號	(02)2648-2121
馬偕醫院淡水分院	產科 婦科	新北市淡水區民生路45 號	(02)2543-3535
慈濟醫院台北分院	婦產科	新北市新店區建國路 289號	(02)66289779
恩主公醫院	婦產科	新北市三峽區復興路 399號	(02)26723456

檢查流程表

