

# 醫療院所糖尿病非散瞳眼底攝影儀租借方案

## 一、前言

糖尿病是全身性的疾病，長期血糖上升會引起視網膜病變，第一型糖尿病患者，在 15 至 20 年後幾乎都會產生視網膜病變，其中有 20%至 30%的病人會導致失明。而超過 60%的第二型患者會有視網膜病變，它是 20 歲至 65 歲人口中失明的最主要原因；故糖尿病患者只要重視早期眼底鏡檢查，糖尿病性視網膜病變是可以預防和控制的，依據健保署提供資料發現，本市於 105.7-106.6 月糖尿病患眼底鏡檢查率為 35.58%，顯示仍有近七成糖尿病用藥患者未定期甚至從未接受眼底鏡檢查。

為解決本市有 17 個行政區無眼科診所問題，本局 106 度共辦理 15 場非散瞳眼底攝影檢查巡迴活動，並服務近 900 人次後，發現造成眼底檢查率低落原因不外乎民眾未被告知檢查重要性、就醫不便、需散瞳造成不便；故本局購置 3 臺免散瞳數位眼底攝影儀並辦理糖尿病眼底鏡教育訓練；眼底攝影儀除定點服務外亦提供醫療機構租借使用，期待提升糖尿病用藥民眾眼底照護。

## 二、目的

- (一) 提高眼底鏡檢查率。
- (二) 早期發現糖尿病視網膜病變，轉介治療、延緩或降低對生活影響。

## 三、執行方法

### (一) 租借辦法

#### 1. 租借對象：三項皆須符合

- (1) 本市健保特約**無眼科門診**之醫療院所。
- (2) 門診患者須有**主次診斷為糖尿病用藥**患者。
- (3) 執行非散瞳眼底攝影檢查之醫療人員須**受過糖尿病眼底攝影儀教育訓練**。

#### 2. 租借流程：

- (1) 填寫租借使用申請書/成果表及契約書：(附表一)(附件一)
  - a 請各院(所)業務承辦人於**租借一個月前**，先確認辦理日期、時間、眼科支援醫師(亦可由受訓後醫師判讀)及儀器租借(含運送)，並通知本局承辦人。
  - b 若需眼科醫師支援：  
與眼科醫師確認支援時間後，儘早至衛生福利部「醫事人員報備支援線上申辦」，「備註」處請務必加註「**辦理糖尿病非散瞳眼底攝影檢查**」。

- c 支援眼科醫師需具備眼科專科醫師執照及執業登錄，否則無法向中央民健康保險署申請相關費用。
- d 中央民健康保險署糖尿病照護四項指標之「眼底檢查或眼底彩色攝影」指標擷取申報代碼 23501C(62 點，含散瞳劑)、23502C(眼底彩色攝影，一張 43 點；雙眼可申報 86 元)、23702C(間接式眼底鏡檢查，180 點)，23501C、23502C 執行人員不限定眼科專科醫師，23702C 執行人員一定要眼科專科醫師。

(2) 儀器搬運：

- a 辦理非散瞳眼底攝影檢查前，由租借院所之負責搬運人員將眼科儀器運送至該院所及結束後運回本局。
- b 搬運人員確實清點租借眼科儀器品項，檢視有無損壞及於點設備交單(附表二)上簽名。

(3) 填寫租借使用申請書/成果表(附表一)：

辦理非散瞳眼底攝影檢查後一週內，需繳交糖尿病非散瞳眼底攝影檢查成果表給本局承辦人。

3. 儀器使用：

(1) 租借前請確認需租賃設備

- a 非散瞳手持式眼底攝影儀
- b 桌上型自動升降桌(可視需要租借)
- c 筆記型電腦(傳輸拍攝影像用)

(2) 請於儀器租賃前後確認儀器設備完整性，並仔細閱讀操作手冊  
(檢附中文操作手冊)

4. 收費標準：

(1) 本市 37 區衛生所：為鼓勵轄區衛生所提升眼底檢查率，**免費租借**

(2) 本市無眼科診之醫療院所：

- a 租借全日：1600 元
- b 租借半日：800 元

(二) 看診流程

1. 掛號：確認主次診斷為糖尿病用藥患者
2. 填寫基本資料
3. 非散瞳眼底攝影檢查：由看診醫師或眼科醫師進行
4. 判讀
  - (1) 檢查結果正常：依視網膜變化情形提供建議追蹤時程

(2) 檢查結果異常或無法判讀：

- a 填寫糖尿病視網膜篩檢轉介單(附表三)-建議轉介單位及檢查結果(轉介單格式不拘，可依診所使用情況調整)
- b 轉診眼科診所或醫療機構進一步檢查治療

5. 衛教指導：提醒糖尿病用藥患者定期檢查重要性及時程

(三) 轉診流程：轉診眼科醫療院所注意事項

1. 檢查對象：糖尿病用藥患者，每年均應定期進行眼底視網膜篩檢。

2. 轉診流程：

(1) 經看診醫師使用非散瞳眼底攝影儀檢查後判讀為異常需轉介(如糖尿病視網膜病變、白內障等)或無法判讀之情況。

(2) 開立轉診單(附表三)：由病患帶往眼科醫療院所，轉診單應逐項填寫清楚，並註明轉診日期、醫療院所十碼章、轉診(建議)眼科醫療院所、聯絡人。

(3) 轉診前衛教：

a 詳細告知病患檢查前之注意事項，因眼底檢查需要散瞳，請務必告知個案前往眼科醫療院所時需家屬陪同。

b 散瞳後有短暫性視力模糊現象，宜有家屬或親友陪同前來檢查。

c 完整檢查時間約需 30 至 40 分鐘。

(4) 若一個月內未接到眼科醫療院所轉回之轉診單或患者未主動看診，建議主動追蹤。

(5) 所有轉診單留存聯與回收聯一律建檔備查。

(四) 計算方式

1. 眼底檢查申報額度

(1) 23501C(眼底檢查；含散瞳)：62 點

(2) 23502C(眼底彩色攝影)：43 點/張(通常 6-8 張/人)

(3) 23702C(間接式眼底鏡檢查)：180 點，限由眼科專科醫師實行後申報

2. 醫療院所收費計算方法(衛生所免收費)

醫療院所可申報額度

(1) 眼底彩色攝影：43 點/張×2 眼=86 點(1 點不等於 1 元)

(2) 86 點×10 人(1 小時檢查人數)=860 點×3 小時(1 次租借最低時數)=2580 點

(3) 2580 元×0.7(有民眾可能檢查單眼或拍攝困難)=1806 元/3 小時  
(健保給付點值平均 0.7~1 元)

(4) 考量醫療院所基本人事費用，且為達鼓勵院所租借儀器服務糖尿病用藥患者，租借費用以 1 日 1600 元新臺幣，半天收費 800 元新臺幣。

# 臺南市政府衛生局糖尿病非散瞳眼底攝影儀租借使用申請書/成果表

申請日期： 年 月 日

| 使用日期<br>(星期 )  | 使用時間      | 檢查地點 | 檢查人數 | 異常人數/異常轉介人數 | 需使用檢查配備請 ✓  |          |
|----------------|-----------|------|------|-------------|-------------|----------|
|                |           |      |      |             | 非散瞳手持式眼底攝影儀 | 桌上型自動升降桌 |
| 年 月 日<br>(星期 ) | 上午 時至上午 時 |      |      | /           |             |          |
| 年 月 日<br>(星期 ) | 上午 時至上午 時 |      |      | /           |             |          |
| 年 月 日<br>(星期 ) | 上午 時至上午 時 |      |      | /           |             |          |
| 年 月 日<br>(星期 ) | 上午 時至上午 時 |      |      | /           |             |          |

申請(借用)單位：\_\_\_\_\_ 負責人：\_\_\_\_\_ 填報人：\_\_\_\_\_

承辦人：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_

※請於活動結束一週內傳真臺南市政府衛生局國民健康科保健管理股：06-6320029 或 mail：[hp32@tncghb.gov.tw](mailto:hp32@tncghb.gov.tw)

## 臺南市政府衛生局糖尿病非散瞳眼底攝影儀 租借相關設備點交單

- (一) 租借單位：\_\_\_\_\_
- (二) 機關聯絡窗口：謝佳穎(電話：06-6357716 #271)
- (三) 交貨日(含時間)：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 \_\_\_\_：\_\_\_\_
- (四) 點交設備一覽表

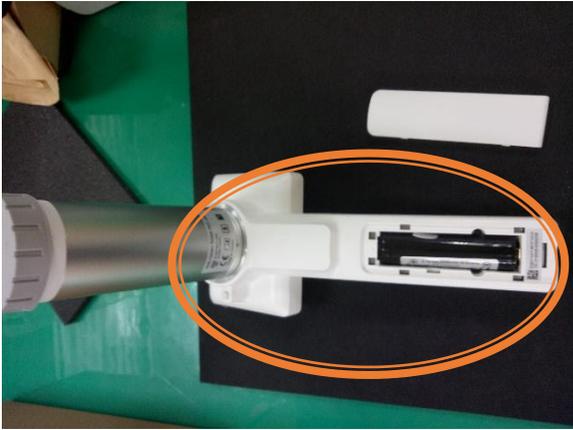
| 項次          | 項目  | 數量 | 備註  | 衛生局(所)確認 | 借用單位確認 |
|-------------|---|----|---|----------|--------|
| 手持式非散瞳眼底攝影儀 |   |    |   |          |        |
| 1           | 數位眼底攝影機<br>(1)Mi iS Horus+ Scope DEC200<br>(光學鏡頭) | 1  | 可拆式<br>機台編號(本局有 3 臺眼底攝影儀)<br>3110701-27-3000316 |          |        |
|             | (2)Mi iS Horus+ Scope DSC200<br>(主機)              | 1  | 3110701-27-2000317<br>3110701-27-3000318        |          |        |
| 2           | 鏡頭保護蓋(灰)  | 1  |   |          |        |
| 3           | 眼罩(黑)   | 1  |   |          |        |
| 4           | 影像傳輸線<br>(1)USB 纜線                                | 1  |   |          |        |
|             | (2)AV 纜線(含變壓插頭)                                   | 1  |   |          |        |
| 5           | SD Card   | 1  | 於主機 SD 插槽內                                      |          |        |
| 6           | 電池  | 1  |   |          |        |
| 7           | 充電座   | 1  |   |          |        |
| 桌上型自動升降架    |   |    |   |          |        |
| 8           | 下巴架   | 1  | (含手持式眼底攝影儀固定座)<br>(含調整焦距握把)                     |          |        |
| 9           | 自動升降架   | 1  | (含充電線)<br>(抽屜內附螺絲起子、充電轉接頭)                      |          |        |
| 附件          |   |    |   |          |        |
| 10          | 15 吋筆記型電腦(黑)                                      | 1  | (內含滑鼠、充電線、手提包)                                  |          |        |
| 11          | 非散瞳眼底攝影儀-手提包(黑)                                   | 1  |   |          |        |
| 12          | 數位眼底攝影機-使用手冊                                      | 1  |   |          |        |

衛生局(所)點交代表簽章：

租借單位代表簽章：

|   |  |
|---|--|
| <p>數位眼底攝影機-光學鏡頭</p>   | <p>數位眼底攝影機-主機</p>  |
|    |    |
| <p>鏡頭保護蓋(灰)</p>   | <p>眼罩(黑)</p>   |
|   |   |
| <p>影像傳輸線(1)USB 纜線<br/>(2)AV 纜線(含變壓插頭)</p>   | <p>SD Card</p>   |
|  |  |

電池



充電座



下巴架



自動升降架



15吋筆記型電腦



非散瞳眼底攝影儀-手提包(黑)



附表三 臺南市 糖尿病視網膜病變篩檢轉診單

請協助掛眼科

A.個案資料：由轉介人員填寫

- A1.姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_
- A2.出生年月日：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日
- A3.身份證字號：\_\_\_\_\_
- A4.住址：彰化縣\_\_\_\_\_鄉鎮市\_\_\_\_\_村(里)\_\_\_\_\_路(街)\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號
- A5.診斷：①第一型糖尿病 ②第二型糖尿病 ③未歸類之糖尿病 ④其他
- A6.糖尿病史：診斷年份：民國\_\_\_\_\_年 開始治療年份：民國\_\_\_\_\_年
- A7.是否已經產生合併症：
  - ①無合併症 ②視網膜病變 ③冠心病 ④腎臟病變 ⑤足部病變 ⑥高血壓 ⑦其他\_\_\_\_\_
- A8.最近一次血糖值：\_\_\_\_\_mg/dL 檢查日期：\_\_\_\_\_，A1C 最近一次檢查值\_\_\_\_\_％ 檢查日期：\_\_\_\_\_
- A9.轉診原因或目的：
  - ①從未接受過視網膜篩檢 ②視力異常需進一步檢查 ③每年例行的定期視網膜篩檢
- ◎上次檢查結果：①正常 ②輕度非增殖性視網膜病變：右左 ③中度非增殖性視網膜病變：右左  
 ④重度非增殖性視網膜病變：右左 ⑤增殖性視網膜病變：右左 ⑥黃斑部水腫(CSME)：右左

轉診院所：\_\_\_\_\_ 保險機構代號：\_\_\_\_\_ 醫師簽章：\_\_\_\_\_ 聯絡人：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_ 轉診日期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

**醫師診察記錄欄：**

B1.視力：裸視(右\_\_\_\_\_左\_\_\_\_\_) 矯正(右\_\_\_\_\_左\_\_\_\_\_) 未測量 原因：\_\_\_\_\_

B2.眼壓(右\_\_\_\_\_左\_\_\_\_\_) 未測量 原因：\_\_\_\_\_

B3.散瞳：有 無 原因：\_\_\_\_\_ (眼底檢查請務必散瞳)

B4.檢查結果：

◎糖尿病之視網膜病變

1.正常；2.異常(續答)：

①輕度非增殖性視網膜病變：右左 ②中度非增殖性視網膜病變：右左  
 ③重度非增殖性視網膜病變：右左 ④增殖性視網膜病變：右左 ⑤黃斑部水腫(CSME)：右左

◎其他眼科疾病：

①虹膜上新生血管性青光眼(NVG)：右左 ②青光眼：右左  
 ③會影響視力之白內障：右左 ④其他 右 左 請註明：\_\_\_\_\_

B5.曾經處置情形：

①泛視網膜病變光凝固治療右左 ②黃斑部光凝固治療右左 ③玻璃體內藥物注射右左  
 ④玻璃體切除右左 ⑤白內障手術：右左 ⑥青光眼手術：右左 ⑦其他處置右 左  
 請註明：\_\_\_\_\_

B6.本次檢查建議處置：

1.暫不需處置；2.需處置(續答)：

①泛視網膜光凝固治療右左 ②黃斑部光凝固治療右左  
 ③玻璃體內藥物注射 ④玻璃體切除右左 ⑤白內障手術右 左  
 ⑥螢光眼底攝影(FAG) 右 左 ⑦其他 右 左 請註明：\_\_\_\_\_

B7.建議追蹤檢查時程：

①三個月檢查一次 ②六個月檢查一次 ③一年檢查一次 ④其他追蹤時程：\_\_\_\_\_

B8.轉診其他醫院進一步檢查及治療，轉診院所名稱：\_\_\_\_\_

B9.備註其他情形請說明：\_\_\_\_\_

院所名稱：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 醫師簽章：\_\_\_\_\_ 檢查日期：\_\_\_\_\_

## 臺南市政府衛生局糖尿病非散瞳眼底攝影儀租借契約書

立合約書人： 醫療機構(診所) (以下簡稱甲方)  
(以下簡稱乙方)

### 一、合約期限

自簽約之日起至歸還儀器時止

### 二、合約範圍

- 1、甲方於租借糖尿病非散瞳眼底攝影儀檢查活動結束後，應依臺南市政府衛生局糖尿病非散瞳眼底攝影儀管理要點辦理。
  - 2、甲方於租借糖尿病非散瞳眼底攝影儀檢查活動結束後，應依乙方之租金收費標準【非散瞳眼底攝影儀租借一日(全日 1600 元，半日 800 元)】，於實際執行租借日後 10 個工作天內，將租金繳回乙方指定之帳戶，並書面通知乙方。
  - 3、乙方對於甲方繳交之租金費用，應制發收據給甲方。
- 三、甲方應於租借截止時間歸還乙方，如逾歸還時間尚未歸還，每小時加收逾期違約金 500 元。
- 四、甲方於使用期間非散瞳眼底攝影儀及配備儀器有遺失、損壞之情事時，由乙方請原廠商估價並修復，費用由甲方賠償。
- 五、甲方執行租借作業有違本合約時，乙方得隨時終止契約，並將終止事由以書面通知甲方。
- 六、本合約所訂，如有未盡事宜悉依民法等相關規定或由雙方另訂。
- 七、本合約涉訟時，雙方合意以臺灣臺南地方法院為管轄法院。

### 立合約書人

甲方：

負責人：

住址：

乙方：

負責人：

住址：

中 華 民 國 年 月 日