

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補助計畫

中華民國 100 年 3 月 9 日國健婦字第 1000400442 號訂定

中華民國 101 年 5 月 4 日國健婦字第 1010401033 號修正

中華民國 102 年 8 月 2 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 8 月 3 日國健婦字第 1070401950 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，均能受到規律的產前檢查措施，保護其母子健康，乃持續推動此補助計畫。

貳、期程：自 107 年 8 月 1 日 起實施。

參、補助對象、項目及基準：

一、對象及項目：新住民懷孕婦女設籍前未納健保之產前檢查費用。

二、補助基準：

(一) 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之補助標準辦理。

(二) 依本署公告「孕婦產前健康照護衛教指導服務補助方案」所訂之補助標準辦理。

(三) 依本署公告「孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案」所訂之補助標準辦理。

肆、產前檢查補助款申領流程：

一、新住民懷孕婦女(以下簡稱個案)應備齊下列文件，至所在地之鄉鎮市區衛生所提出申請。

1. 戶口名簿正本

2. 居留證或旅行證正本

二、鄉鎮市區衛生所人員

1. 查驗個案檢附之身分證明文件。

2. 於確認無誤後留存影印，並至本署建置之「婦幼健康管理資料庫」登錄個案基本資料，並由該系統列印產前檢查個案紀錄聯（含衛生所存根聯）一式 11 份（如附件一）。乙型鏈球菌篩檢補助紀錄聯（含衛生所存根聯）一式 2 份與乙型鏈球菌檢查紀錄表 1 份（如附件二）、產前健康照護衛教指導記錄表 2 份（如附件三），共計 16 份。待蓋衛生所人員職章後核發給個案 14 份，作為就醫憑證使用，並將存根聯與個案身分證明文件影本，留存衛生所備查。

三、由個案持產前檢查個案紀錄聯、乙型鏈球菌篩檢補助紀錄聯 1 份（含乙型鏈球菌檢查紀錄表 1 份）及產前健康照護衛教指導記錄表 2 份，配合產檢使用，連同孕婦健康手冊至醫療院所接受產前檢查；每次產前檢查使用 1 張個案紀錄聯，除因特殊原因，遺失不再補發。

四、提供產前檢查之醫療院所及助產所，按月填具醫療補助款申領清單及領據（附件四），連同產前檢查個案紀錄聯（附件一）、乙型鏈球菌篩檢補助紀錄聯 1 份（附件二）及產前健康照護衛教指導記錄表影本（附件三），於次月 2 日前送衛生局審核。乙型鏈球菌檢查紀錄表及產前健康照護衛教指導記錄表（正本）請存於病歷。

五、衛生局審核醫療院所及助產所送件資料，並至「婦幼健康管理系統」登打醫院寄來之「個案紀錄聯」所載資料後，再至「婦幼健康管理系統」列印「申領送件清單」，於每月 10 日前將申領送件清單（附件五）連同個案紀錄聯（附件一）、乙型鏈球菌篩檢補助紀錄聯 1 份（附件二）及產前健康照護衛教指導記錄表影本（附件三）、醫療補助款申領清單及領據（附件四）送本署核辦。

六、國民健康署

1. 由本署審核衛生局函送之申領送件清單後，依各該醫療院所實際申請金額，逕行核撥補助款至各醫療院(所)歸墊核銷。

2. 為配合每年度之會計年度結算，當年度補助款需於當年 12 月 25 日前向本署申報完畢。自 12 月 26 日後之產前檢查個案紀錄聯及申領送件清單，將併列至次年度 1 月份之申領送件清單核辦。

伍、本項服務經費來源：本署菸害防制及衛生保健基金。

備註：配合系統整合，本計畫所提之「婦幼健康管理系統」將異動為「婦幼健康管理整合系統」

補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查個案紀錄聯

聯單編號：20070100006-1

以下請衛生所填寫	
姓名：	身分證號：
出生日期：民國 年 月 日	統一證號(一)：
	統一證號(二)：
國籍別：	護照號碼：
台灣配偶姓名：	配偶身分證字號：
配偶戶籍地址：	
目前居住地址：	
連絡電話一：	連絡電話二：
	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	
醫療院所/助產所代碼(機構代碼)：	※比照國人孕婦產檢補助標準辦理：(以下資料必填) 本次申請第 次產前檢查，懷孕週數： 週 申請補助金額： 元 (即勾選項目金額之加總) ※請勾選本次產檢項目： 醫療院所： <input type="checkbox"/> 第1次 662 元、 <input type="checkbox"/> 第5次 297 元 (妊娠 32 週前後用)、 <input type="checkbox"/> 其餘每次 267 元。 <input type="checkbox"/> ：1. Rubella IgG 實驗室檢驗：於第 1 次產前檢查可申領 1 次 200 元 (惟因特殊情況無法於本次檢查者，得由醫師專業判定，結合任一次產前檢查時接受本項檢查) 需附檢驗影本證明。 <input type="checkbox"/> ：2. HBsAG、HBeAG 實驗室檢驗：於第 1 次產前檢查可申領 1 次 170 元 (惟因特殊情況無法於本次檢查者，得由醫師專業判定，結合任一次產前檢查時接受本項檢查)，需附檢驗影本證明。 <input type="checkbox"/> ：3. 超音波檢查：於妊娠第二期 (20 週前後) 提供 1 次可申領 550 元 (惟因特殊情況無法於本期檢查，可改於妊娠第三期接受本項檢查。) 需附超音波檢查影本證明。 <input type="checkbox"/> ：4. 母嬰親善醫療機構 (醫院名單置放於孕婦健康手冊資源篇) 產前檢查個案，每次產檢增加 20 元。 <input type="checkbox"/> ：5. 乙型鏈球菌篩檢，補助 1 次 500 元 (第 35-37 週)，需附補助紀錄聯。 <input type="checkbox"/> ：6. 產前健康照護衛教指導，補助 2 次 (第 1 次/ 17 週前，第 2 次/第 29 週-40 週)，每次 100 元，需附衛教指導記錄表影本。 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之補助金額申領。 檢查日期：民國 年 月 日
醫療院所/助產所所在：縣市 鄉鎮 市區	
醫療院所/助產所名稱：	
醫師/助產人員簽名：	下次產檢日期：民國 年 月 日

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，不得重複申請本醫療補助，否則予以追繳。3. 各醫療院所/助產所檢附本個案紀錄聯，連同「醫療補助款申領清單及領據」，於次月 2 日前送交當地縣市衛生局審核。衛生局審核醫療院所送件資料後，並至「婦幼健康管理系統」登打醫院寄來之「個案紀錄聯」所載資料後，再至「婦幼健康管理系統」列印「申領送件清單」，連同「醫療補助款申領清單及領據」，轉國民健康署申請補助。4. 本項服務由菸品健康福利捐補助。

- 一、聯單編號共 12 位數：(自動由電腦編出)
 第 1~4 位：年度別，第 5~6 位：核發月別，第 7~8 位：核發日別，第 9~11 位：系統流水號，第 12 位：個案紀錄聯代碼。

二、領取補助單縣市鄉鎮別代碼：
 00 不詳 01 臺北市 03 臺中市 05 臺南市 07 高雄市 11 基隆市 12 新竹市 22 嘉義市 31 新北市 32 桃園縣 33 新竹縣 34 宜蘭縣 35 苗栗縣 37 彰化縣 38 南投縣 39 雲林縣 40 嘉義縣 43 屏東縣 44 澎湖縣 45 花蓮縣 46 臺東縣 90 金門縣 91 連江縣

補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查個案紀錄聯

聯單編號：20070100006-11

以下請衛生所填寫	
姓名：	身分證號：
出生日期：民國 年 月 日	統一證號(一)：
	統一證號(二)：
國籍別：	護照號碼：
台灣配偶姓名：	配偶身分證字號：
配偶戶籍地址：	
目前居住地址：	
連絡電話一：	連絡電話二： 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	
醫療院所/助產所代碼(機構代碼)：	※比照國人孕婦產檢補助標準辦理：(以下資料必填) 本次申請第 次產前檢查，懷孕週數： 週 申請補助金額： 元 (即勾選項目金額之加總) ※請勾選本次產檢項目： 醫療院所： <input type="checkbox"/> 第1次 662元、 <input type="checkbox"/> 第5次 297元 (妊娠32週前後用)、 <input type="checkbox"/> 其餘每次 267元。 <input type="checkbox"/> ：1. Rubella IgG 實驗室檢驗：於第1次產前檢查可申領1次 200元 (惟因特殊情況無法於本次檢查者，得由醫師專業判定，結合任一次產前檢查時接受本項檢查) 需附檢驗影本證明 <input type="checkbox"/> ：2. HBsAG、HBeAG 實驗室檢驗：於第1次產前檢查可申領1次 170元 (惟因特殊情況無法於本次檢查者，得由醫師專業判定，結合任一次產前檢查時接受本項檢查)，需附檢驗影本證明。 <input type="checkbox"/> ：3. 超音波檢查：於妊娠第二期 (20週前後) 提供1次可申領 <u>550</u> 元 (惟因特殊情況無法於本期檢查，可改於妊娠第三期接受本項檢查。) 需附超音波檢查影本證明。 <input type="checkbox"/> ：4. 母嬰親善醫療機構 (醫院名單置放於孕婦健康手冊資源篇) 產前檢查個案，每次產檢增加 20元。 <input type="checkbox"/> ：5. 乙型鏈球菌篩檢，補助1次 500元 (第35-37週)，需附補助紀錄聯。 <input type="checkbox"/> ：6. 產前健康照護衛教指導，補助2次 (第1次/17週前，第2次/第29週-40週)，每次 100元，需附衛教指導記錄表影本。 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之補助金額申領。 檢查日期：民國 年 月 日
醫療院所/助產所所在：縣市 鄉鎮 市區	
醫療院所/助產所名稱：	
醫師/助產人員簽名：	下次產檢日期：民國 年 月 日

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，不得重複申請本醫療補助，否則予以追繳。3. 各醫療院所/助產所檢附本個案紀錄聯，連同「醫療補助款申領清單及領據」，於次月2日前送交當地縣市衛生局審核。衛生局審核醫療院所送件資料後，並至「婦幼健康管理系統」登打醫院寄來之「個案紀錄聯」所載資料後，再至「婦幼健康管理系統」列印「申領送件清單」，連同「醫療補助款申領清單及領據」，轉國民健康署申請補助。4. 本項服務由菸品健康福利捐補助。

- 一、聯單編號共 12 位數：(自動由電腦編出)
 第 1~4 位：年度別，第 5~6 位：核發月別，第 7~8 位：核發日別，第 9~11 位：系統流水號，第 12 位：個案紀錄聯代碼。
- 二、領取補助單縣市鄉鎮別代碼：
 00 不詳 01 臺北市 03 臺中市 05 臺南市 07 高雄市 11 基隆市 12 新竹市 22 嘉義市 31 新北市 32 桃園縣 33 新竹縣 34 宜蘭縣 35 苗栗縣 37 彰化縣 38 南投縣 39 雲林縣 40 嘉義縣 43 屏東縣 44 澎湖縣 45 花蓮縣 46 臺東縣 90 金門縣 91 連江縣

孕婦乙型鏈球菌篩檢個案紀錄聯

第一聯

【本檢查由菸品健康福利捐補助】

聯單編號：

以下由衛生所填寫	
姓名	身分證號：
出生日期：民國 年 月 日	統一證號（一）
	統一證號（二）
國籍別	護照號碼
台灣配偶姓名	配偶身分證字號
配偶戶籍地址	
目前居住地址	
聯絡電話：	行動電話
孕次：第 次	
核發單位：	核發人員[蓋職章]
	核發日期：
以下由醫療院所/助產所填寫	
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	檢查日期：民國 年 月 日
醫療院所/助產所名稱	檢查時之懷孕週數： 週
醫師/助產人員簽章：	

- 注意：1.本表單每次列印 2 聯，第一聯交由孕婦使用，第二聯由衛生所留存。
- 2.於懷孕婦女懷孕第 35- 37 週，提供 1 次乙型鏈球菌篩檢使用，除特殊原因，遺失不再補發。
- 3.各醫療院所/助產所檢附本個案紀錄聯，連同醫療補助款申領清單及領據，於次月 2 日前送交當地縣市衛生局審核後，轉國民健康署申請補助。
- 4.有納健保者，不得重複申請本醫療補助，否則予以追繳。

孕婦乙型鏈球菌篩檢個案紀錄聯

存根聯

【本檢查由菸品健康福利捐補助】

聯單編號：

以下由衛生所填寫	
姓名	身分證號：
出生日期：民國 年 月 日	統一證號（一）
	統一證號（二）
國籍別	護照號碼
台灣配偶姓名	配偶身分證字號
配偶戶籍地址	
目前居住地址	
聯絡電話：	行動電話
孕次：第 次	
核發單位：	核發人員[蓋職章]
	核發日期：
以下由醫療院所/助產所填寫	
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	檢查日期：民國 年 月 日
醫療院所/助產所名稱	檢查時之懷孕週數： 週
醫師/助產人員簽章：	

- 注意：1.本表單每次列印2聯，第一聯交由孕婦使用，第二聯由衛生所留存。
- 2.於懷孕婦女懷孕第35-37週，提供1次乙型鏈球菌篩檢使用，除特殊原因，遺失不再補發。
- 3.各醫療院所/助產所檢附本個案紀錄聯，連同醫療補助款申領清單及領據，於次月2日前送交當地縣市衛生局審核後，轉國民健康署申請補助。
- 4.有納健保者，不得重複申請本醫療補助，否則予以追繳。

孕婦乙型鏈球菌檢查紀錄表

注意事項：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康署(台北市大同區塔城街36號)，註明姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知視為同意。

【本檢查由菸品健康福利捐補助】

一、個人基本資料												
姓名						身分證字號						
						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"/> <input type="checkbox"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> 縣 市鄉 村 路 段 巷 號 市 區鎮 里 街 弄 樓 </div>											
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字； <input type="checkbox"/> 小學； <input type="checkbox"/> 國(初)中； <input type="checkbox"/> 高中/專科； <input type="checkbox"/> 大學以上。											
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	篩檢時之孕週數			第 週					
早產現象	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					檢查(採檢)醫師/助產人員簽章						
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 ●具敏感性 ●具抗藥性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 檢驗失敗					
檢驗者簽章												

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

第 1 次孕婦產前健康照護衛教指導記錄表(第 17 週前) (懷孕週數, 第 週)

(1. 申領時需附記錄表影本證明; 2. 衛生所承辦人蓋章為憑, 避免重複申領。)

基本資料	由	姓名					出 生 日 期	_____年____月____日				
	準	身分證字號 (外籍人士護照號碼)										
	媽	聯絡地址										
	媽	聯絡方式	手機:					住家:()-				
健康行為	填	目前是否有接受社會福利補助情況:(可複選) <input type="checkbox"/> 0. 否, <input type="checkbox"/> 1. 中低收入戶補助, <input type="checkbox"/> 2. 低收入戶補助, <input type="checkbox"/> 3. 特殊境遇家庭補助, <input type="checkbox"/> 4. 兒少生活補助 (項目: _____; 人數: _____), <input type="checkbox"/> 5 其他_____										
	寫	有下列情況之懷孕婦女: <input type="checkbox"/> 1. 未婚懷孕婦女, <input type="checkbox"/> 2. 身心障礙懷孕婦女, <input type="checkbox"/> 3. 其他_____										
	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. 平均一天約吸一包菸 (20 支) 以下, <input type="checkbox"/> 3. 平均一天約吸一包菸以上 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?: <input type="checkbox"/> 0. 否, <input type="checkbox"/> 1. 是 6. 憂鬱檢測: <input type="checkbox"/> 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"/> 2. 過去一個月, 是否常對事物失去興趣或做事沒有愉悅感?										
孕產醫療史	1. 本資料將用於衛生福利政策評估, 供衛生保健及社政單位關懷訪視服務。 2. 您是否願意衛生及社政人員前往您的家中進行關懷訪視? <input type="checkbox"/> 1. 願意, <input type="checkbox"/> 2. 不願意。											
	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)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, <input type="checkbox"/> (4)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, <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, <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)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。												

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-讓 寶寶安全的成 長)	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1至13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"/> 本次懷孕吸菸者，協助轉介戒菸門診。
產前 遺傳 檢查	<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。 34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-女 孩男孩 一樣 好)	疼惜 咱的 寶貝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 女孩男孩一樣好，生來統統都是寶，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-吃 出健 康)	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，增加葉酸、碘攝取的重要性。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道孕期增加鈣、鐵攝取。素食者補充維生素B12的重要性。
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道適當的選擇與食用營養補充食品。
	均衡 飲食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知道懷孕早期有孕吐時，宜少量多餐，優先攝取天然食物，避免攝取加工食品、高油高熱量及空熱量食物(如：含糖飲料)。
<p>※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。</p> <p>※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 http://mammy.hpa.gov.tw。</p>				
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：1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及台灣婦產科醫學會、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。
2. 本次衛教指導可搭配第1孕期（懷孕第12週-第17週前）第1次至第2次孕婦產前檢查，依孕婦健康需求執行指導，請參閱孕婦健康手冊內容予以衛教。

附件三

第 2 次孕婦產前健康照護衛教指導記錄表(第 29 週~第 40 週) (懷孕週數, 第 週)
(1. 申領時需附記錄表影本證明; 2. 衛生所承辦人蓋章為憑, 避免重複申領。)

基本資料	由	姓名				出生日期	_____年____月____日		
	準	身分證字號 (外籍人士護照號碼)							
	媽	聯絡地址							
	媽	聯絡方式	手機:				住家:()-		
填寫		註明: 如已接受第一次衛教指導, 本欄位免填							
健康行為	寫	<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. 平均一天約吸一包菸 (20 支含) 以下, <input type="checkbox"/>3. 平均一天約吸一包菸以上</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. 周遭環境沒有二手菸</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?: <input type="checkbox"/>0. 否, <input type="checkbox"/>1. 是</p> <p>6. 憂鬱檢測: <input type="checkbox"/>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"/>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>							
		※ 本資料將用於衛生福利政策評估, 供衛生保健及社政單位關懷訪視服務使用。							
孕產醫療史	史	<p>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)</p> <p><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)</p> <p><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 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</p> <p><input type="checkbox"/> (9) 骨盆異常, <input type="checkbox"/> (10) 子宮、產道異常, <input type="checkbox"/> (11) 其他</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。

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-讓寶寶安全的成長)	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1至11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"/> 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"/> 本次懷孕吸菸者，轉介戒菸門診之成效。
2. 孕期營養(參閱手冊-吃出健康)	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10-14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"/> 知道優先攝取天然食物，避免攝取加工食品、高油高熱量及空熱量食物(如：含糖飲料)。
3. 生產準備計畫(參閱手冊-寶寶的誕生)	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"/> 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-最貼心的哺育方式)	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、降低骨質疏鬆風險；對嬰兒好處為：營養完整，容易吸收減少腸胃炎，增強免疫力與智力，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-認識產後憂症及防治)	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等勞力工作，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
<http://mammy.hpa.gov.tw>。

醫療院所/助產所名稱及代碼	醫師/助產人員簽章： 指導日期 年 月 日	孕婦簽名：
---------------	---	-------

- 備註：1. 本衛教指導內容由衛生福利部國民健康署及台灣婦產科醫學會、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。
 2. 本次衛教指導之建議指導懷孕週數為29週以上，依孕婦健康需求執行，可搭配第5次（含）至第10次孕婦產檢任一次（補助時程為第3孕期）執行指導，請參閱孕婦健康手冊內容予以衛教。

**補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查個案
補助款申領清單及領據（醫療院所/助產所用）**

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 (新台幣：元)	個案姓名	檢查日期	申請補助金額 (新台幣：元)
合計	產前檢查 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個案補助款計
新台幣 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

醫療院所/助產所 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
私立醫院所/助產所如無會計及出納人員可免核章

聯絡電話：()
掛號信收件地址：()
撥款之銀行分行別： 金融帳號： 戶名：
衛生局審核：承辦人 單位主管

中華民國 年 月 日

補助費用申請（領）流程

