

臺中市政府衛生局

114-116 年「臺中市社區巡迴乳房 X 光攝影檢查」需求說明書

壹、目的：為提供市民就近性癌症篩檢服務，並藉由社區醫療資源整合，強化早期發現疾病，早期治療之成效，使民眾能夠得到更周延的健康照護。

貳、合約期限：自 114 年 1 月 1 日至 116 年 12 月 31 日。

參、申請資格：本市經衛生福利部國民健康署認證之乳房 X 光攝影檢查合約醫療院所。

肆、經費：本案屬「預防保健服務」項目，合約醫療院所不得向民眾收取任何費用，民眾篩檢之相關費用依「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」相關規定，向衛生福利部國民健康署辦理申報。

伍、服務項目：除提供乳房 X 光攝影檢查外，可搭配子宮頸抹片檢查、糞便潛血反應檢查、口腔黏膜檢查及其他衛生福利部預防保健服務之癌症篩檢項目。

陸、應配合事項：

- 一、應依照衛生福利部公告之「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」、「以乳房 X 光攝影篩檢巡迴車執行婦女乳房 X 光攝影巡迴標準作業程序」及「預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查及品質監測原則」相關規定辦理。
- 二、依各該醫事人員專門職業法律規定，提供篩檢服務之醫事人員需至「衛生福利部醫事人員及醫事機構線上申辦系統」完成支援報准，始得支援本篩檢服務。
- 三、合約醫療院所應至本局建置之「全人照護健康管理系統」申請帳號並配合辦理事項如下：

- (一) 一般使用者初次使用系統申請帳號，由所屬院所管理者開通後即可使用系統，帳號申請流程（附件 1）。
- (二) 每月 25 日前向衛生局報備申請次月社區篩檢場次，經衛生局審核通過方可辦理，報備資料包含：巡迴車車號、巡迴車所屬院所、巡迴區域、預估人數、巡迴日期及時間、判讀醫師、放射師、人員報備、合作確診醫院。執行業務時，若因故更換巡迴車，得先行以電話聯繫衛生局，後續至「全人照護健康管理系統」更新上揭資料由本局審核。
- (三) 應於辦理社區巡迴乳房 X 光攝影檢查業務完成 1 週內填報實際篩檢人數。

四、應依「道路交通安全規則」及臺中市「辦理活動臨時使用道路」相關規定，需於辦理社區癌症篩檢前 1 個月提交臨時使用道路申請書及現場示意圖向轄區衛生所提出社區巡迴乳房 X 光攝影檢查車路權申請。辦理社區巡迴乳房 X 光攝影檢查時，其流程、申請書及相關規範如下：

- (一) 社區巡迴乳房 X 光攝影檢查作業流程（附件 2）。
- (二) 申請道路臨時使用作業流程（附件 3）。
- (三) 辦理活動臨時使用道路申請書（附件 4）。
- (四) 辦理活動臨時使用道路現場示意圖（附件 5）。
- (五) 配合本局及轄區衛生所現場檢核乳房 X 光攝影巡迴車（附件 6）。
- (六) 健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單（附件 7）。

(七) 健康署婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢評估表 (附件 8)。

五、 合約醫療院所應依「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」、「預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查及品質監測原則」辦理後續作業及追蹤：

(一) 於篩檢日起 1 個月內郵寄書面報告通知受檢者乳房 X 光攝影檢查結果，檢查結果為 category 「0」、「3」、「4」、「5」個案，應以掛號寄送，並提供該等個案影像光碟、乳房 X 光攝影異常個案報告表及判讀醫師繕打報告影本，以利個案後續檢查或作為日後影像參考。

(二) 追蹤乳房 X 光攝影篩檢疑似異常個案 (category 「0」、「3」、「4」、「5」) 之複檢、確診及手術結果，若為該等個案轉介之複檢、確診或手術醫院，應協助回報篩檢醫院個案就診資料或逕向衛生福利部國民健康署委託單位申報。

(三) 如檢查之結果無法判讀，應通知其複檢；如發現需追蹤確診之疑似異常個案或治療之病症時，應通知其進行確診或治療或將其轉介至適當醫療機構進行確診或治療。

六、 合約醫療院所配合辦理癌症篩檢業務禁止從事買賣、推銷商業行為，倘於合約期間有上列情形或違反本合約相關規定，經通知限期未改善者，得以書面通知終止或解除契約，不再續約。

七、 租借場地若需要費用，統一由合約機構負擔。

八、 如有未盡事宜，由本局另行補充之。

柒、收件方式及地點：

一、有意願參與合約之醫療院所，請於公告期限內（以送達日為主）免備文將契約申請書及契約書 1 式 2 份用印後寄達本局，經本局審核後，始得辦理締約事宜。

二、收件地點：臺中市政府衛生局-保健科健管股-劉小姐收
（地址：420206 臺中市豐原區中興路 136 號）。

三、需求書內容如有任何疑問，請於公告期限前，逕洽本局保健科劉小姐(04-25265394 分機轉 3371)。

全人照護健康管理系統帳號申請

SYSTEX 精誠集團

系統登入-新帳號申請

臺中市政府衛生局 全人照護健康管理系統

< 通用 老人健康檢查 產後孕前檢查 母患唐氏症篩檢 >

臺中市疫苗預約公告 2024/09/21

臺中市疫苗預約平台
依據衛生福利部疫苗管制管理公告：

帳號/密碼 自然人憑證 醫事人員卡

輸入帳號

輸入密碼

輸入驗證碼 g45xTt

登入 清除

忘記密碼 新帳號申請 表單下載

初次使用系統

一般使用者：使用【**新帳號申請**】功能申請帳號，由所屬院所管理者開通後即可使用系統

管理者：下載申請表填寫，繳交給衛生局承辦單位，由衛生局開通帳號

帳號數量管控(含管理者)

- 醫院：最多**20**個有效帳號
- 診所：最多**5**個有效帳號

420266 臺中市區府道中興路136號 電話：04-25265394(行政電話) 傳真：0972-539420 IP：127.0.0.1

系統登入-一般使用者 新帳號申請

新帳號申請

帳號

密碼 確認密碼

* 12碼以上的英文字母大小寫、數字或符號取3種之組合！
* 密碼有效天數為90天

所屬機構 業務單位

職稱

補助計畫

中文姓名 性別

電話1 區碼 電話號碼 分機 分機

電話2 區碼 電話號碼 分機 分機

手機 E-Mail

1. * 欄位為必要填寫

2. 補助計畫即為承辦業務，可多選

3. 填寫後點選儲存，申請即送出

■ 密碼每90天需變更，到期前15天開始登入系統會提示

■ 變更密碼不可以與前3次相同

■ 密碼修改後24小時內不可再修改密碼

420206 臺中市資訊管理資訊136號 電話：04-25245584(行動電話可撥打0972-539420) 傳：1040618

SYSTEX 精誠集團

系統登入-使用帳號/密碼

臺中市政府衛生局 全人照護健康管理系統

< 篩檢

周產期高風險孕產婦關懷

學齡前兒童健康檢查

兒童發展篩檢

兒童預防保健 >

臺中市疫苗預約公告

2024/03/19

臺中市疫苗預約平台

依據衛生福利部疾病管制署公告：

帳號/密碼 自然人憑證 醫事人員卡

輸入帳號

輸入密碼

輸入驗證碼

登入

清除

忘記密碼 | 新帳號申請 | 表單下載

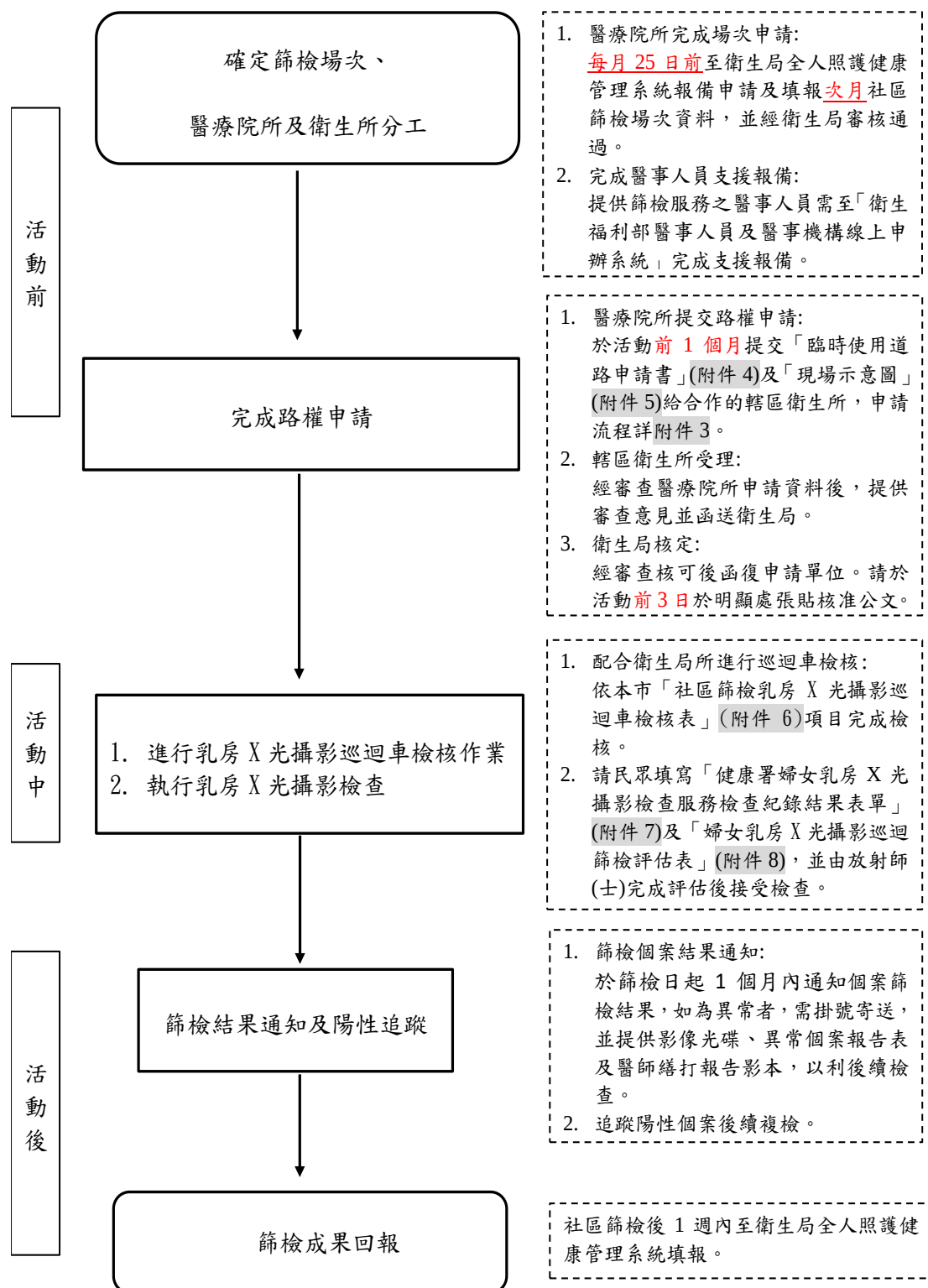
點擊登入

點擊清除可清除已輸入資訊

■ 登入錯誤達5次則帳號停用15分鐘。

■ 隔15分鐘後可再登入，若再錯誤3次，帳號被鎖定，需由所屬單位管理者進行重新開通方可使用

臺中市社區巡迴乳房 X 光攝影檢查 作業流程



申請道路臨時使用作業流程



辦理活動臨時使用道路申請書

臺中市政府衛生局 辦理活動臨時使用道路申請書					
(活動日 1 個月前提出申請)					
申請單位	申請人		職業		
	身分證字號		聯絡電話		
	行動電話		傳真電話		
單位地址					
申請原因					
合作機關		衛生所核章：			
申請時間	年 月 日 (星期)	時 分 至 時 分止			合計共計 時 分
	年 月 日 (星期)	時 分 至 時 分止			合計共計 時 分
臨時使用 道路範圍	臺中市 區 里 路 街 巷 弄 號				
	自門牌 號 至門牌 號 止				
此 致			申請單位主管簽章：_____		
臺中市政府衛生局			中華民國 年 月 日		
衛生所 審查意見	審查項目		是	否	衛生局 審理意見 決 行
	1	應備文件是否齊備	☐	☐	
	2	道路現場示意圖與申請書道路範圍是否相符	☐	☐	
	3	無跨越單向道路 1/2 以上	☐	☐	
	4	非轉彎及交岔路口處 10 公尺內	☐	☐	
	5	無阻礙相關建築物之緊急出入口或阻絕行人通行	☐	☐	
	6	佔用付費汽、機車停車格____格	☐	☐	
請簡述有無影響交通安全之虞： (如：該位置為紅(黃)線區，約佔用○格停車格，使用範圍未跨越單向道路 1/2 以上，且非位於轉彎及交岔路口處 10 公尺內…，於突出處放置警告標示，無(有)影響交通之虞。)					
承辦人核章：					
附註	一、本申請僅適用於本市辦理乳房 X 光攝影篩檢須申請臨時使用道路之醫療院所，且辦理未達一定規模之活動之用。				
	二、申請活動如涉及其他行政機關主管規定者，或屬臺中市使用道路辦理活動施工管理自治條例規範之內容(如：一定規模之公益活動…等)，不適用本表。				
	三、申請道路臨時使用應填妥申請書及現場示意圖，交由各轄區衛生所辦理審查並由衛生局核定。				
	四、申請路段如遇有收費停車格位，請同時向本府交通局停車管理處洽辦租借事宜。				

辦理活動臨時使用道路現場示意圖

臺中市政府衛生局

辦理活動臨時使用道路現場示意圖

△△路

△△路

便利商店
便利商店

需占用6格機車/汽車格

乳攝車停放位置
(長9公尺，寬1公尺)

總寬4公尺

距離轉彎道
達10公尺以上

未超過
單向道路
1/2以上

△△路

黃昏市場

附上：活動周邊現場照片(建議)

申請人簽章：

申請單位主管簽章：

社區篩檢乳房 X 光攝影巡迴車檢核表

臺中市政府衛生局 114 年度社區篩檢—乳房 X 光攝影巡迴車檢核表

檢核單位：_____ 檢查日期： 年 月 日 時 分

醫療機構代碼：_____

機 構 名 稱：_____

巡迴車 車號：_____ 登設字 _____ 號

篩 檢 地 點：_____ 總篩檢人數：_____ 人

檢 核 項 目	檢 核 結 果	備 註
(1)操作人員領有 醫事放射師 (士)執業執照	姓名 _____ ☐ 有 ☐ 無 ☐ 未帶執業執照	請檢核放射師執業執照。
(2)預防保健乳房 X 光攝影操 作放射師資 格	姓名 _____	具此資格者才可執行國民健康署預防 保健乳房 X 光攝影檢查。 (原能會會依所填姓名再確認)
(3)非年度品保 人員	姓名 _____ ☐ 核對時在現場 ☐ 核對時未在現場	1. 請醫療院所人員自填。 (請填入當日執行假體影像測試之人員) 2. 該測試須由非年度品保人員執行。 (資格確認，由原能會審核)
(4)登記備查證明 文件	☐ 有張貼 ☐ 未張貼	1.應張貼於車內。 2.車號、登記備查字號及醫療曝露品 保標籤內容應一致。
(5)醫療曝露品保 標籤	☐ 有張貼 ☐ 未張貼	正本應張貼於乳房 X 光攝影儀上。
(6)假體影像測試 畫面 (機器暖機後)	☐ 有 ☐ 無 ☐ 立即改善	1.請檢核電腦螢幕影像。 2.請注意測試日期及測試時間： 測試時間應於車輛移動至定點後，於 民眾開始檢查前。(請醫療院所人員 指出螢幕畫面日期、時間)。
(7)防護鉛裙	☐ 有 ☐ 無	車輛上應備有防護鉛裙。

檢核人員簽名：

受檢者簽名：

(衛生單位)

(醫療院所)

※本檢核表係由臺中市政府衛生局及核能安全委員會共同推動。

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單

附表四之四

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」

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單

支付方式： ☐ 預防保健； ☐ 健保醫療給付； ☐ 其他公務預算補助； ☐ 自費健康檢查； ☐ 其他。													
乳房攝影篩檢： ☐ 否（儀器登記字：_____；所屬單位院所名稱：_____；機構代碼：_____）； ☐ 是（儀器登記字：_____；所屬單位院所名稱：_____；機構代碼：_____；車號：_____）。													
病歷號：_____													
個人基本資料（檢查婦女填寫）													
姓名	身分證統一編號 統一證號（外籍）												
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												
教育	☐ 無； ☐ 小學； ☐ 國（初）中； ☐ 高中/高職； ☐ 專科、大學； ☐ 研究所以上； ☐ 拒答。												
其它資訊	身高：_____公分；體重：_____公斤。												
個案臨床資料（檢查婦女填寫）													
疾病史	有無得過下列疾病？ ☐ 有，疾病為： ☐ 乳房良性相關疾病； ☐ 乳癌； ☐ 其他癌症：_____； ☐ 無。												
家族史	與您有血緣的家屬中，有無人得過乳癌？ ☐ 有，請填下方表格： <table border="1"> <tr> <td>血緣關係</td> <td>母親</td> <td>姊妹</td> <td>女兒</td> <td>祖母</td> <td>外祖母</td> </tr> <tr> <td>罹患乳癌人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> ☐ 無。	血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母	罹患乳癌人數					
血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母								
罹患乳癌人數													
月經史	初經年齡_____歲（實歲）； 是否已停經？ ☐ 是，停經年齡_____歲（實歲）； 停經原因： ☐ 自然停經； ☐ 子宮切除； ☐ 卵巢切除； ☐ 其他_____。 ☐ 否。												
生育史	生產次數_____次； 有無哺餵母乳（至少某胎哺餵母乳一個月以上）： ☐ 有， ☐ 無； 第一胎生產實足年齡_____歲。												
用藥史	是否服用荷爾蒙補充劑？ ☐ 是，_____歲開始，服用_____年； ☐ 否。 是否服用口服避孕藥？ ☐ 是，_____歲開始，服用_____年； ☐ 否。												
是否有感覺到異常腫塊？	☐ 有摸到硬塊或疼痛、壓痛，請在右圖相關位置標示「X」； ☐ 沒有症狀； ☐ 未做過乳房自我檢查。 												
其他	最近二年內是否曾做過下列檢查（可複選）？ ☐ 醫護人員觸診； ☐ 乳房攝影 X 光檢查； ☐ 乳房超音波檢查； ☐ 以上皆未做過。 是否曾接受過乳房手術？ ☐ 是：（ ☐ 左側， ☐ 右側）； ☐ 否。												
1. 本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用。 2. 乳房 X 光攝影經證實可發現早期乳癌，但準確度並非 100%，約有 15% 的乳癌無法有效偵測，所以即使檢查結果正常，在下次定期檢查前，如有發現異狀，仍應儘速就醫。													

*確認以上資料正確無誤：_____（簽名）

*為提升影像判讀準確性，本人同意相關醫事人員可於看診或判讀報告時查詢本人歷次篩檢報告及影像。

受檢婦女簽名：_____

乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)									
醫院名稱	醫事機構代碼								
攝影日期	年 月 日								
攝影儀器型	☐ CR 乳房 X 光攝影儀 (Computed Radiography, CR); ☐ DR 乳房 X 光攝影儀 (Digital Radiography, DR); ☐ 乳房斷層攝影機 (Tomosynthesis, Tomo)。								
乳房觸診檢查	☐ 有腫塊或其他異常，請在右圖相關位置標示「X」; ☐ 無異常; ☐ 未做觸診檢查。								
乳腺組成	☐ Fatty breast; ☐ Scattered fibroglandular density; ☐ Heterogeneously dense; ☐ Extremely dense。								
與舊片比較	☐ 是; ☐ 否，理由為： ☐ 第一次篩檢， ☐ 無法取得舊片， ☐ 無法獲知是否有舊片。								
攝影判讀日期	年 月 日								
攝影檢查結果	※ Category 0, 3, 4, 5 需加填「乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表」。 ☐ (0) 需附加其他影像檢查再評估 (Category 0: Need Additional Imaging Evaluation.) ☐ (1) 無異常發現 (Category 1: Negative.) ☐ (2) 良性發現 (Category 2: Benign Finding) ☐ (3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查 (六至十二個月) (Category 3: Probably Benign Finding—Short Interval Follow-Up Suggested.) ☐ (4) 可疑異常須考慮組織生檢 (Category 4: Suspicious Abnormality—Biopsy Should Be Considered.) ☐ a. Low suspicion ☐ b. Moderate suspicion ☐ c. High suspicion ☐ (5) 高度懷疑為恶性肿瘤必須採取適當的措施 (Category 5: Highly Suggestive of Malignancy—Appropriate Action Should Be Taken.)								
放射科醫師					醫事放射師				

(113 年 1 月修訂)

附表四之八

健康署婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢評估表

(請併同婦女乳房 X 光攝影檢查相關表單保存)

基本資料 (檢查婦女填寫)													
姓名		身份證統一編號											
		統一證號 (外籍)											
乳房 X 光攝影檢查前評估注意項目											是	否	
1	懷孕婦女、無法排除有可能懷孕或近期計畫懷孕的婦女												
2	正在哺乳的婦女												
3	乳房動過手術或隆乳												
4	婦女自述乳房有摸到硬塊、疼痛、壓痛、或其他任何異常												
5	身體不適，無法久站												
6	頸椎受傷或曾經開刀												
7	肩膀有「五十肩」或曾經受傷或手術後，手無法抬高者												
8	本身為容易瘀青體質者												
9	有巴金森氏症												
10	有胸骨塌陷或胸廓曾經開刀												
11	其他須告知事項 (如身上有植入物、導管、心律調節器)												
受檢者簽名：_____													
評估結果 (放射人員填寫)													
1. 乳房 X 光攝影評估項目若一至二任一項勾選「是」：不提供檢查，建議轉赴醫院評估。 2. 乳房 X 光攝影評估項目若三至十一任一項勾選「是」：經醫事放射師 (士) 評估後，可執行檢查，請放射師注意其安全性，切勿造成二次傷害；若不能檢查則建議轉赴醫院受檢評估。 註：考量自述乳房有摸到硬塊、疼痛、壓痛、或其他任何異常之婦女，有極少數可能為異常的組織，為避免錯失早期發現之機會，建議應儘可能當場提供檢查，並告知婦女須持檢查結果赴醫院就診。 3. 乳房 X 光攝影放射師 (士) 評估結果： ☐ 可當場接受乳房 X 光攝影檢查 ☐ 不適合當場接受乳房 X 光攝影檢查，建議至醫院評估和檢查													
乳房 X 光攝影放射師 (士) 簽名：_____													
日期：_____年 _____月 _____日													