

## 兒童預防保健服務（含衛教指導）就醫憑證

補助時程	次數	建議年齡	就診日期	服務院所戳章
出生至 2 個月	第一次	1 個月	兒童預防保健第一次	兒童預防保健第一次
2 至 4 個月	第二次	2 至 3 個月	兒童預防保健第二次	兒童預防保健第二次
4 至 10 個月	第三次	4 至 9 個月	兒童預防保健第三次	兒童預防保健第三次
10 個月至 1 歲半	第四次	10 個月至 1 歲半	兒童預防保健第四次	兒童預防保健第四次
1 歲半至 2 歲	第五次	1 歲半至 2 歲	兒童預防保健第五次	兒童預防保健第五次
2 歲至 3 歲	第六次	2 歲至 3 歲	兒童預防保健第六次	兒童預防保健第六次
3 歲至未滿 7 歲	第七次	3 歲至未滿 7 歲	兒童預防保健第七次	兒童預防保健第七次

### ※ 使用說明：

1. 請持本憑證就診，並經服務院所加蓋戳章，院所始得向國民健康署申請費用給付。
2. 未帶本憑證就診，院所無法提供兒童預防保健服務（含衛教指導）。
3. 表內次數業經服務院所加蓋戳章使用者，不得再使用同一次數（次數如有修改，依國民健康署公告為準）。
4. 兒童超過適用月 / 年齡之次數則作廢，不得再使用。

# 兒童發展篩檢服務

## 就醫憑證

補助時程	次數	服務院所戳章 及就診日期	兒童發展篩檢量表	結果
6 至 10 個月	第一次	第一次	<input type="checkbox"/> 6 至 9 個月量表	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 持續追蹤、衛教 <input type="checkbox"/> 需轉介 面向：_____
			<input type="checkbox"/> 9 至 12 個月量表	
10 個月 至 1 歲半	第二次	第二次	<input type="checkbox"/> 9 至 12 個月量表 (如前次已使用此量表， 本次請續做下方量表)	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 持續追蹤、衛教 <input type="checkbox"/> 需轉介 面向：_____
			<input type="checkbox"/> 12 至 15 個月量表	
			<input type="checkbox"/> 15 個月至 1 歲 6 個月量表	
1 歲半 至 2 歲	第三次	第三次	1 歲 6 個月 至 2 歲量表	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 持續追蹤、衛教 <input type="checkbox"/> 需轉介 面向：_____
2 歲至 3 歲	第四次	第四次	2 至 3 歲量表	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 持續追蹤、衛教 <input type="checkbox"/> 需轉介 面向：_____
3 歲至 5 歲	第五次	第五次	<input type="checkbox"/> 3 至 4 歲量表	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 持續追蹤、衛教 <input type="checkbox"/> 需轉介 面向：_____
			<input type="checkbox"/> 4 至 5 歲量表	
5 歲 至未滿 7 歲	第六次	第六次	5 至未滿 7 歲量表	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 持續追蹤、衛教 <input type="checkbox"/> 需轉介 面向：_____

### ※ 使用說明：

1. 請持本憑證就診，並經服務院所加蓋戳章，院所始得向國民健康署申請費用給付。
2. 未帶本憑證就診，院所無法提供兒童發展篩檢服務。
3. 表內次數業經服務院所加蓋戳章使用者，不得再使用同一次數（次數如有修改，依國民健康署公告為準）。
4. 兒童超過適用月 / 年齡之次數則作廢，不得再使用。
5. 如篩檢結果為需轉介，請協助填寫疑似異常面向（如粗大動作、精細動作、語言認知、社會發展）。

# 新生兒篩檢紀錄表

補助項目		補助時程／建議時程	檢查日期 (預計採檢日期)	採集／ 檢查院所	結果	
新生兒先天性代謝異常疾病篩檢	初檢	一般個案 出生一個月內／ 出生滿48小時， 且哺乳滿24小時			<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 拒篩/ 未篩	
		特殊個案 (禁食、輸 血、早產兒)	出生滿 48-72小時			
復檢	初篩異常	依篩檢中心建議執行			<input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 拒篩/ 未篩	
		禁食	哺乳滿24小時			
		輸血	停止輸血後7天			
	早產兒	出生週 數未滿 34週	出生滿28天			
		出生週 數未滿 37週	出生週數滿37週且體重 滿2,200公克或出院時			

補助項目	補助時程／建議時程	檢查日期	檢查院所	結果
新生兒聽力篩檢	出生3個月內／ 出生72小時			左耳： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 <input type="checkbox"/> 拒篩/未篩
				右耳： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 <input type="checkbox"/> 拒篩/未篩
髖關節篩檢	無補助／ 出生6個月前			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不正常 <input type="checkbox"/> 不確定
大便卡篩檢第一次	無補助／ 出生滿1週內			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 拒篩/未篩
大便卡篩檢第二次	無補助／ 出生滿1個月 接種B肝疫苗 第二劑時			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 拒篩/未篩

\*大便卡篩檢重要說明，詳見第20頁，請檢查院所協助上傳至「全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)」。  
(備註：詳請洽轄區衛生局/婦幼發展局。)

\*髖關節檢查說明，請見59頁。



# 預防接種時程及紀錄表

支持菸品健康福利捐  
寶貝疫苗防護有資源

姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：

出生日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 性別：\_\_\_\_\_

聯絡地址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

戶籍地址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

母親姓名：\_\_\_\_\_  低出生體重兒，\_\_\_\_\_公克

民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日更換手冊 / 預種紀錄表

適合接種年齡	疫苗種類	劑次	預約日期	接種日期	接種單位
出生 24 小時內儘速接種	B 型 肝 炎 免 疫 球 蛋 白	一劑	接種____年____月____日 時間____時____分		
	B 型 肝 炎 疫 苗	第一劑	接種____年____月____日 時間____時____分		
出生滿 1 個月	B 型 肝 炎 疫 苗	第二劑			
出生滿 2 個月	13 價 結 合 型 肺 炎 鏈 球 菌 疫 苗	第一劑			
	白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗	第一劑			
出生滿 4 個月	13 價 結 合 型 肺 炎 鏈 球 菌 疫 苗	第二劑			
	白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗	第二劑			
出生滿 5 個月	卡 介 苗 *	一劑			
出生滿 6 個月	B 型 肝 炎 疫 苗	第三劑			
	白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗	第三劑			
出生滿 6 個月至 12 個月	流 感 疫 苗 (每年 10 月起接種)	第一劑			
	流 感 疫 苗 ** (初次接種需接種第二劑)	隔 4 週 第二劑			
出生滿 12 個月	若母親為 B 型肝炎 s 抗原陽性者，實應檢測 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 及表面抗體 (anti-HBs)。				

\* 卡介苗建議接種時間為出生滿 5-8 個月。

\*\* 肺炎鏈球菌高風險嬰兒接種公費疫苗之第 3 劑，請登錄於後頁 (續 2)。

\*\*\* 未滿 9 歲初次接種流感疫苗應接種兩劑，兩劑間隔四週以上。其後每年接種一劑。國小學童於校園每年接種一劑。

# 預防接種時程及紀錄表 (續<sup>1</sup>)

適合接種年齡	疫苗種類	劑次	預約日期	接種日期	接種單位
出生滿 12 個月	麻 疹 腮 腺 炎 德 國 麻 疹 混 合 疫 苗	第一劑			
	水 痘 疫 苗	一劑			
出生滿 12 至 15 個月	13 價 結 合 型 肺 炎 鏈 球 菌 疫 苗	第三劑			
出生滿 15 個月	日 本 腦 炎 疫 苗 ** (活 性 減 毒)	第一劑			
出生滿 18 個月	白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗	第四劑			
	A 型 肝 炎 疫 苗 *	第一劑			
出生滿 1 歲至 2 歲	流 感 疫 苗 (每年 10 月起接種)	第一劑			
	流 感 疫 苗 (初次接種需接種第二劑)	隔 4 週 第二劑			
出生滿 2 歲 3 個月	日 本 腦 炎 疫 苗 ** (活 性 減 毒)	至少隔 12 個月 第二劑			
	A 型 肝 炎 疫 苗 *	至少隔 6 個月 第二劑			
出生滿 2 歲至 3 歲	流 感 疫 苗 (每年 10 月起接種)	第一劑			
	流 感 疫 苗 (初次接種需接種第二劑)	隔 4 週 第二劑			
出生滿 3 歲至 4 歲	流 感 疫 苗 (每年 10 月起接種)	第一劑			
	流 感 疫 苗 (初次接種需接種第二劑)	隔 4 週 第二劑			

\* A 型肝炎疫苗係由財團法人寶佳公益慈善基金會捐贈，實施對象為民國 106 年 (含) 以後出生年滿 12 個月以上之幼兒。114 年 1 月 1 日起調整為滿 18 個月、27 個月接種第 1、2 劑。

\*\* 如幼兒經醫師評估改接種公費不活化日本腦炎疫苗 4 劑時程，請於本頁日本腦炎欄位註記「如後頁」，並於後頁 (續 2) 空白欄依序登錄接種紀錄。

## 預防接種時程及紀錄表 (續<sup>2</sup>)

適合接種年齡	疫苗種類	劑次	預約日期	接種日期	接種單位
出生滿 4歲至5歲	流感疫苗 (每年10月起接種)	第一劑			
	流感疫苗 (初次接種需接種第二劑)	隔4週 第二劑			
出生滿 5歲至6歲	流感疫苗 (每年10月起接種)	第一劑			
	流感疫苗 (初次接種需接種第二劑)	隔4週 第二劑			
出生滿 5歲至 入國小前	白喉破傷風非細胞性百日咳 及不活化小兒麻痺混合疫苗	一劑			
	麻疹腮腺炎德國 麻疹混合疫苗	第二劑			
出生滿 6歲至 入國小前	流感疫苗 (每年10月起接種)	第一劑			
	流感疫苗 (初次接種需接種第二劑)	隔4週 第二劑			
國小一年級	卡介苗(無接種紀錄者補種)	一劑			
國中二年級	人類乳突病毒 疫苗(____價)	第一劑			
	人類乳突病毒 疫苗(____價)	第二劑			

備註：

1. 表列為目前由政府提供之預防接種項目。另 COVID-19 疫苗請依政府建議時程接種，並登錄於空白處。如有疑問請撥打各地方政府衛生局預防接種專線或 1922 洽詢。
2. 本接種紀錄請家長務必永久保存，以備國小新生入學、出國留學及各項健康紀錄檢查之需。

## 自費疫苗 (經醫師諮詢後，由醫護人員填寫)

適合接種年齡	疫苗種類	劑次	預約日期	接種日期	接種單位
出生滿2個月	輪狀病毒疫苗	第一劑			
出生滿4個月	輪狀病毒疫苗	第二劑			
出生滿6個月 (接種三劑時程)	輪狀病毒疫苗	第三劑			
出生滿 4歲至6歲	水痘疫苗	第二劑			
出生滿 11歲以上	減量白喉破傷風非細 胞性百日咳混合疫苗	一劑			

備註：

1. 本頁空白欄提供嬰幼兒及學幼童各項新增或自費接種疫苗登錄之需。
2. 各項自費接種疫苗請明列疫苗名稱及劑次，以利接種資料之完整登錄與後續應接種劑別之評估。