

附表 1-1

全民健保pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫申請總表

年 月

受理日期

受理編號

醫事服務機構名稱

醫事服務機構代號

總 表	目	申請人次	每次申請點數	申請點數總數
	P3401C			
	P3402C			
	P3403C			
	P3404C			
	P3405C			
	P3406C			
	P3407C			
	P3408C			
	總計			

負責醫師姓名：
醫事服務機構地址：
電話：
印信：

一、給付別：P3401C健康管理費，每人限作1次，1次100點。

P3402C新收案管理照護費，限Stage 3b、4、5、**蛋白尿病患**且每人限申報1次，1次1200點。

P3403C完整複診衛教及照護費，限Stage 3b、4、5、**蛋白尿病患**申報，每3個月申報1次，1次600點。

P3404C年度評估費，限Stage 3b、4、5、**蛋白尿病患**且收案滿1年申報1次，1次600點。

P3405C結案資料處理費，限Stage 3b、4、5、**蛋白尿病患**結案申報1次，1次600點。

P3406C stage 3b、4病患之照護獎勵費：符合stage 3b、4鼓勵條件者，每人限申報1次，1次1,500點。

P3407C stage 5病患之照護獎勵費：符合stage 5鼓勵條件者，每人限申報1次，1次3,000點。

P3408C 蛋白尿為收案條件之患者：符合鼓勵條件者，每人限申報1次，1次1,000點

二、本申請總表應於次月20日前連同門診透析費用申報寄所屬轄區分局醫療費用組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請全民健保98年pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫費用」。

三、一式三聯第一聯轄區分局門診(醫療費用)組、第二聯送台灣腎臟醫學會、第三聯送所自行留存

附表 1-2

全民健保pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫（高危險群健康管理）申請表格式及填字說明(請以TXT檔或DAT檔案方式)提供，資料欄位如下：

(檔名：院所代號(10位)+費用年月(6位)+"_01C"(4位)共計20位，如010000000200701_01C.txt
或010000000200701_01C.dat，每筆長度108BYTES) (申報醫令代碼：P3401C)

項次	資料名稱	格式	欄位起	欄位迄	中文名稱/資料說明
1	醫事機構代號	X(10)	1	10	hosp_id_chk
2	費用年月	X(6)	11	16	YYYYMM如200701
3	申報日期	X(8)	17	24	YYYYMMDD如20070101
4	編號	9(4)	25	28	從1號順序編列。
5	指標病患身分證號	X(10)	29	38	透析病患、腎臟移植或 Stage4-5 CKD患者之指標病患身分證字號
6	指標病患身分別	X(2)	39	40	01：血液透析病患；02：腹膜透析病患；03：腎臟移植病患；04：Stage 4-5 CKD病患
7	受檢個案身分證字號	X(10)	41	50	如為A123456789則輸入A123456789，國民身分證統一編號,或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼),左靠不足補空白。
8	受檢個案出生年月日	X(8)	51	58	出生年月如為29年1月16日則輸入19400116
9	受檢個案性別	X	59	59	1：男；2：女(本欄位要人工輸入作為與身分證性別驗證)
10	與患者關係	X	60	60	與患者關係：1.父母、2.子女、3.(外)祖父母、4.(外)孫子(女)、5.兄弟姊妹、6夫妻
11	受檢個案已知疾病(1)	X(2)	61	62	01：無；02：腎臟病；03：糖尿病；04：高血壓；05：心臟病；06：腦中風；07：肝臟疾病；08：免疫風濕疾病；09：癌症；10：其他
12	受檢個案已知疾病(2)	X(2)	63	64	01：無；02：腎臟病；03：糖尿病；04：高血壓；05：心臟病；06：腦中風；07：肝臟疾病；08：免疫風濕疾病；09：癌症；11：其他
13	受檢個案已知疾病(3)	X(2)	65	66	01：無；02：腎臟病；03：糖尿病；04：高血壓；05：心臟病；06：腦中風；07：肝臟疾病；08：免疫風濕疾病；09：癌症；12：其他
14	篩檢日期	X(8)	67	74	前4碼為年份,中2碼為月份,後2碼為日數，病患如為95年5月16日就醫則輸入20060516。
15	Stage	X	75	75	0：正常；1：stage1；2：stage2；3：stage3；4：stage4；5：stage5；6：未知
16	尿蛋白	X	76	76	1：無；2：+/-；3：+；4：++；5：+++；6：++++
17	尿糖	X	77	77	1：無；2：+/-；3：+；4：++；5：+++；6：++++
18	潛血	X	78	78	1：無；2：+/-；3：+；4：++；5：+++；6：++++
19	申請點數	9(10)	79	88	右靠不足補0。
20	受檢個案姓名	X(10)	89	98	5個中文字,左靠不足補中文空白(BIG-5碼請補滿20個BYTES),如為外籍人士無中文姓名者,請輸入英文半形,不足補英文空白
21	院所簡稱	X(10)	99	108	5個中文字

所有項欄位皆為必填欄位

請以DVD或CD單獨檢附該檔案寄所屬轄區分局醫療費用組。

附表 1-3

全民健保pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫 (CKD stage3b, 4, 5及蛋白尿病患整體性醫療照護與獎勵費) 申請表格式及填字說明(請以TXT檔案方式)提供, 資料欄位如下:

(檔名: 院所代號(10位)+費用年月(6位)+"_CKD"(4位)共計20位, 如01000000200701_CKD.txt

或01000000200701_CKD.dat, 每筆長度134BYTES)

項次	資料名稱	格式	欄位起	欄位迄	中文名稱/資料說明
1	醫事機構代號	X(10)	1	10	hosp_id_chk
2	費用年月	X(6)	11	16	YYYYMM如200701
3	申報日期	X(8)	17	24	YYYYMMDD如200701
4	編號	9(4)	25	28	從1號順序編列, 右靠不足補0。
5	慢性腎臟病患身分證字號	X(10)	29	38	如為A123456789則輸入A123456789, 國民身分證統一編號, 或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼), 左靠不足補空白。
6	出生年月日	X(8)	39	46	出生年月如為29年1月16日則輸入19400116
7	個案性別	X	47	47	1.男、2.女(本欄位要人工輸入作為與身分證性別驗證)(限制格式與數字範圍1-2)
8	就醫日期	9(8)	48	55	前三碼為年份, 中二碼為月份, 後二碼為日數, 病患如為95年5月16日就醫則輸入20060516。
9	原發疾病	X(5)	56	60	國際疾病ICD-9-CM碼, 共計5碼, 左靠不足補0。
10	伴隨性疾病(1)	X(2)	61	62	01.無、02.腎臟病、03.糖尿病、04.高血壓、05.心臟病、06.腦中風、07.肝臟疾病、08.免疫風濕疾病、09.癌症、10.其他(限制格式與數字範圍01-10)
11	伴隨性疾病(2)	X(2)	63	64	01.無、02.腎臟病、03.糖尿病、04.高血壓、05.心臟病、06.腦中風、07.肝臟疾病、08.免疫風濕疾病、09.癌症、10.其他(限制格式與數字範圍01-10)
12	伴隨性疾病(3)	X(2)	65	66	01.無、02.腎臟病、03.糖尿病、04.高血壓、05.心臟病、06.腦中風、07.肝臟疾病、08.免疫風濕疾病、09.癌症、10.其他(限制格式與數字範圍01-10)
13	體重	9(3)	67	69	單位: Kg, 如58Kg則輸入為58, 四捨五入, 右靠不足補0
14	收縮壓	9(3)	70	72	單位: mmHg, 如收縮壓為120, 輸入120, 右靠不足補0
15	舒張壓	9(3)	73	75	單位: mmHg, 如舒張壓為80, 則輸入80, 右靠不足補0
16	Hct	99V9(4)	76	79	單位: %, 如24.0%, 則輸入24.0, 右靠不足補0
17	Albumin	99V9(4)	80	83	單位: g/dl, 如為4.3g/dl則輸入4.3, 右靠不足補0
18	Cr	99V9(4)	84	87	單位: mg/dl, 如為1.8mg/dl則輸入1.8
19	GFR	99V9(4)	88	91	以MDRD-S公式計算, 單位: ml/min/1.73 m ² , 如50.16 ml/min/1.73 m ² , 則輸入50.2, 右靠不足補0
20	Stage	X	92	92	1: stage 3; 2: stage 4; 3: stage 5; 4: Stage 3b; 5: 蛋白尿病患
21	治療狀況	X	93	93	1: 繼續追蹤、2: 長期失聯(≥180天)、3: 拒絕再接受治療、4: 死亡、5: 進入長期透析、6: 蛋白尿緩解
22	申報醫令代碼	X	94	94	1: P3402C、2: P3403C、3: P3404C、4: P3405C、5: P3406C、6: P3407C、7: P3408C
23	申請點數	9(10)	95	104	右靠不足補0。
24	診治醫師代號	X(10)	105	114	醫師或原處方醫師之國民身分證統一編號或外籍居留證號, 左靠不足補空白
25	慢性腎臟病患姓名	X(10)	115	124	5個中文字, 左靠不足補中文空白(BIG-5碼請補滿20個BYTES), 如為外籍人士無中文姓名者, 請輸入英文半形, 不足補英文空白
26	院所簡稱	X(10)	125	134	5個中文字
27	Upcr	99999(5)			單位: mg/gm, 如為1000mg/gml則輸入01000, 右靠不足補0

1.所有項欄位皆為必填欄位 2.請以DVD或CD單獨檢附該檔案寄所屬轄區分局醫療費用組。

eGFR(ml/min/1.73m2) by MDRD-Simplify Equation
= 186 x Scr^{-1.154} x Age^{-0.203} x 0.742 (if female)

NO.	性別	年齡	Scr	MDRD-S
	F	50	2.5	21.67
	M	50	2.5	29.20