

**法規名稱：**(廢)國軍衛生勤務規則

**廢止日期：**民國 89 年 11 月 22 日

## **第一章 總則**

### **第 1 條**

為確立國軍衛生勤務作業，運用預防醫學、臨床醫療、醫療後送、衛材補給、軍醫裝備、保修等衛勤措施，以維護官兵健康，確保國軍戰力，特訂定本規則。

### **第 2 條**

國軍衛生勤務實施部隊衛勤與地區醫療，本就近醫療、直接後送之原則，施行地區醫療責任制度，以簡化傷患後送程序，提昇醫療服務品質。

### **第 3 條**

各級指揮官指揮所屬官兵及軍醫人員，履行官兵預防保健工作及自救互救訓練；軍醫主官（管）負責衛生勤務作業之計畫、執行、協調、督導與建議；軍醫人員應確實服行醫療勤務，遵守軍醫紀律，提供傷病官兵妥善之醫療照顧。

### **第 4 條**

國防部及陸軍總司令部、海軍總司令部、空軍總司令部、聯合勤務總司令部、軍管區司令（海岸巡防司令）部、憲兵司令部（以下簡稱各軍總部）之權責如下：

#### **一、國防部：**

- （一）國軍衛勤政策、制度、作業之策劃、制訂、督導與管制。
- （二）國軍醫院管理。
- （三）軍醫教育訓練。
- （四）三軍衛材之補給支援與裝備保修。

#### **二、各軍總部：**

- （一）衛勤政策、制度之執行、督導與建議。
- （二）負責所屬衛生（醫療）單位衛勤作業之管制與督導。
- （三）軍種間衛勤作業之支援。
- （四）協調國防部軍醫局提供醫療支援。

- (五) 陸、海、空軍總部分轄陸上、海上、空中衛勤支援計畫之策訂、執行、督導與建議。

## 第 5 條

衛生勤務一般處理原則如下：

- 一、衛生單位之分配，按作戰計畫及狀況需要而定，對負主要任務之部隊應優先支援之。
- 二、國軍傷患後送應採前接作業方式行之。
- 三、國軍傷患後送，係採區域責任制，各衛生部隊在其作戰責任區域內負責所有友軍部隊之傷患後送。
- 四、擔任傷患後送之衛生單位，必須建立財物交換制度，以確保傷患後送所需用品不致中斷。
- 五、傷患在狀況許可下，儘量就近實施醫療，避免向遠後方後送。
- 六、對傷患管理應確實實施檢傷分類，輕傷者鼓勵裹傷再戰，健癒者儘速歸隊，以維護士氣，增強戰力。

## 第 6 條

國軍動員衛生勤務，依國防部頒年度軍隊動員計畫及軍需物資購置、租用、徵購徵用實施計畫辦理。

## 第 二 章 衛勤作業與傷患後送

### 第 7 條

國軍衛生勤務作業區分「部隊衛勤」與「地區醫療」二段，其層級劃分如下：

一、部隊衛勤：

- (一) 第一級：陸軍營級、丙丁級醫務所及海、空軍、聯勤、軍管、憲兵相當之衛生單位或部隊。
- (二) 第二級：陸軍軍團、軍、師（旅）級、甲乙級醫務所及海、空軍、聯勤、軍管、憲兵相當之衛生單位或部隊。

二、地區醫療（第三級）：三軍總醫院、國軍醫院及其他專業衛生單位。

### 第 8 條

國軍各級衛生勤務作業運用規定如下：



一、第一級：

- (一) 平時：擔任隸屬或支援單位之門、急診勤務、傷患後送並對其單位作有關環境衛生、膳食衛生、預防保健、衛生教育、急救訓練等事項之建議與指導。
- (二) 戰時：
  - 1 第一線連醫務兵實施戰地傷患搜索、急救、處理、填具傷票、標誌受傷位置，視需要開設連急救站集中傷患等待後送，並實施簡易處理。
  - 2 後送組負責戰鬥連至營救護站之傷患後送。
  - 3 開設營救護站實施檢傷分類及緊急簡易治療，對重傷患完成後送準備，並連繫救護車前來接運。

二、第二級：

- (一) 平時：
  - 1 擔任門、急診勤務、對短期內可痊癒之傷病患者，給予診治，並負責隸屬或受支援單位之醫療後送、預防保健、衛生教育工作及有關環境膳食衛生之建議與指導。
  - 2 外島野戰醫院擔任門、急診及短期可癒之住院醫療、預防保健、部隊衛生教育、衛材補給及傷患後送等事項。
- (二) 戰時：
  - 1 開設一至數個醫療站，負責第一級後送傷患之前接及收容，並作檢傷分類、處理及簡易治療；對需後送之傷患，申請派遣救護車輛，或利用回空補給運輸工具，就近後送至國軍各級醫院或徵用之民間醫院。
  - 2 外島野戰醫院負責收容緊急需醫療之傷患，並實施傷患之後送。

三、第三級：

- (一) 平時：
  - 1 擔任門、急診、住院醫療、預防醫學、體格檢查及傷病殘等檢定作業。
  - 2 收療後送、轉院及指定地區之傷患。
  - 3 負責醫護技術人員之臨床教育訓練並作專科技術之指導與支援。
  - 4 國防醫學研究發展。
  - 5 離（外）島地區之醫療人力支援。
  - 6 參加軍種、衛戍作戰或作戰區之戰備演訓或兵棋推演。
- (二) 戰時：
  - 1 地區醫療中心負責地區國軍醫院之統籌支援協調與調度，惟均受



作戰區之作戰管制，遂行地區醫療責任。

- 2 各醫院負責開設戰備（擴編）病房、增設病床，以因應大量傷患處理。
- 3 各醫院應組裝功能性之醫療編組，視需要支援第二級作業，以增強其醫療處理能力。
- 4 地區總醫院擴編救護車連，以增強作戰區醫療單位前接傷患之需要。
- 5 軍需物資徵購徵用之接收與使用。

前項各級衛生勤務單位作業對象為官兵、軍校學生、國民兵、軍中聘雇人員、奉准納入國軍員額之游擊部隊、特區工作之官兵存記有案者、國防部特定人員。但一、二級部隊衛生勤務單位作業對象平時不含聘雇人員。

## 第 9 條

傷患後送醫療程序按下列方式處理：

- 一、在臺澎金馬地區作戰按「地區醫療責任制度」以就近醫療直接後送之原則辦理。
- 二、登陸作戰依其初期衛生勤務實施規定辦理。
- 三、在核生化作戰時，其一般後送原則按前二款處理外，並依核生化衛勤醫療作業程序辦理，其作業程序另定之。

前項之作業程序及實施規定由國防部另定之。

## 第 10 條

為統合運用三軍衛勤設施，迅速調配陸、海、空軍之傷患運輸能量，有效達成衛勤支援任務。由國防部軍醫局設立「國軍傷患調節中心」。以執行調節任務，並督導實施。「國軍傷患調節作業規定」另定之。

## 第 11 條

為保持各級衛生單位作業能量，應訂定後送政策，以限制傷患滯留日程其權責如下：

- 一、平時後送政策由各軍種總司令訂定，並呈報國防部核定實施。
- 二、戰時後送政策由作戰區指揮官訂定，並呈報國防部核備；戰鬥區由軍種指揮官訂定，並報請作戰區指揮官核備。

## 第 12 條

後送政策訂定之主要考量因素如下：

- 一、與後方地區之距離。
- 二、運輸能量。
- 三、作戰性質。
- 四、傷亡率。
- 五、收容能量。

## 第 13 條

為便利訂定後送政策，各級衛生（醫療）單位對傷患治療滯留時限，依下列規定辦理：

### 一、平時：

- （一）第一級：營設保健室以門、急診為限，不設病床，輕症診治後歸隊，重症急救後後送。
- （二）第二級：師（獨立旅）設醫務所得設病床，輕症診治後歸隊，重症急救後後送；惟病況穩定但仍無法隨單位作息者得予停留十五日為限。
- （三）第三級：國軍醫院傷患住院後視病況決定住院時間，惟連續住院達一百八十日時，則依相關規定辦理調為療養人員。

### 二、戰時：

- （一）營救護站，傷患應立即後送，延遲不得超過六小時。戰鬥平靜時一般傷患不得超過二十四小時。
- （二）旅地區醫療站，於戰鬥激烈時停留六至十二小時。戰鬥平靜時，可停留一至二日。
- （三）師醫療站，戰鬥激烈時停留二十四至三十六小時，戰鬥平靜時一般傷患可停留三至五日。
- （四）國軍醫院住院傷患視病況決定住院時間，惟須接受傷患住院調節管制。

### 三、外島地區之後送政策規定如下：

- （一）外島配屬之各級醫院，後送政策訂為三十至六十日。
- （二）未設置醫院之地區，後送政策暫訂為十五至三十日。
- （三）戰時按各地區醫療設施類型比照第二款第（一）至（三）目規定辦理。
- （四）外島地區需要緊急及特殊治療之傷患，可隨時提出申請緊急後送。

前項各級衛生（醫療）單位對傷患治療滯留時限，海空軍比照之。

### 第三章 國軍地區醫療責任制度

#### 第 14 條

國軍地區醫療責任制度係依據作戰部署，本就近醫療、直接後送之原則，結合作戰區，劃定地區醫療作業責任區；各責任區內分設地區醫療中心、地區國軍醫院及三軍衛材供應處所屬地區庫、分庫，執行平、戰時醫勤任務，以發揮衛勤整體功能。

#### 第 15 條

地區醫療中心、地區國軍醫院及三軍衛材供應處所屬地區庫、分庫平時負責各責任區（作戰區）醫療衛生勤務，戰時接受作戰區之作戰管制。

#### 第 16 條

軍醫局為特業幕僚負有下列專業督導之責：

- 一、研訂政策與作業審核。
- 二、管理國軍衛生勤務所涵蓋之軍隊衛生、預防保健、醫療專業、傷患後送、衛材補給、裝備保修、醫學研究、教育訓練等業務。
- 三、督導衛生單位及軍醫院完成部隊衛勤與地區醫療支援任務。

#### 第 17 條

各軍種部實施地區醫療責任制度，權責如下：

- 一、指揮及督導所屬衛生（醫療）單位衛勤作業。
- 二、協調國防部軍醫局提供醫療支援，以使部隊衛勤與地區醫療相結合。

#### 第 18 條

作戰區司令部實施地區醫療責任制度，權責如下：

- 一、軍種與責任區間相互衛勤支援之協調與建議。
- 二、戰時對所屬作戰區內衛生單位衛勤作業之指揮與督導。
- 三、戰時對所屬作戰區內之醫院、醫療設施實施衛勤作業管制。

#### 第 19 條

地區醫療中心與地區國軍醫院之配置如下：



一、地區醫療中心：

(一) 北部地區（三作戰區）

國軍桃園總醫院

(二) 中部地區（五作戰區）

國軍台中總醫院

(三) 南部地區（四作戰區）

國軍高雄總醫院

(四) 東部地區（二作戰區）

國軍花蓮總醫院

(五) 澎湖地區（一作戰區）

國軍澎湖醫院

(六) 金門

國軍金門醫院

(七) 馬祖

國軍馬祖醫院

二、地區國軍醫院：

(一) 北部地區（三作戰區）

國軍松山醫院

國軍基隆醫院

國軍新竹醫院

國軍北投醫院

(二) 中部地區（五作戰區）

國軍斗六醫院

(三) 南部地區（四作戰區）

國軍左營醫院

國軍台南醫院

國軍岡山醫院

國軍高雄總醫院屏東分院

(四) 東部地區（二作戰區）

國軍花蓮總醫院台東分院

## 第 20 條

地區醫療中心於平時作業要項如下：

- 一、負責責任區軍醫會報召開、傷患後送醫療、官兵門、急診及住院治療，受理地區國軍醫院轉介之病患。



- 二、負責責任區內軍醫院床位之調節與管制；掌握床位動態，定時向國軍傷患調節中心彙報。
- 三、官兵捐輸血作業之供需與屯儲整備。
- 四、參與各作戰區（軍種及衛戍作戰）年度重大演訓或兵棋推演。
- 五、策訂責任區大量傷患之緊急醫療處理與應變措施；適時舉辦大量傷患演練。
- 六、地區間及各軍種衛生單位人力、物力、輸具等之相互支援。
- 七、協調民防醫療體系作必要之相互支援。
- 八、策劃責任區內醫療支援、教育訓練與專業技術指（輔）導；總醫院級醫院並受理各級醫療單位軍醫人員短期臨床進修。
- 九、應配合建軍備戰需要，研訂及執行國防醫學研究發展計畫。

## 第 21 條

地區國軍醫院於平時作業要項如下：

- 一、負責責任區傷患後送醫療、官兵門、急診及住院治療，並受理地區國軍醫院轉介之病患。
- 二、接受國軍傷患調節中心及醫療中心之床位調節管制；定時向醫療中心報告床位動態。
- 三、對超出醫療規範之急（重）症病患，轉介至地區醫療中心或三軍總醫院收療。
- 四、配合辦理地區醫療中心策訂之臨床醫療、教育訓練、專業技術指（輔）導與醫療支援任務。
- 五、參與各作戰區（軍種及衛戍作戰）年度重大演訓或兵棋推演。
- 六、負責突發狀況下之緊急醫療及大量傷患處理，並接受地區醫療中心之督導與管制。
- 七、執行上級交付之臨時性或特定任務。

## 第 22 條

地區醫療中心與地區國軍醫院於戰時作業要項如下：

- 一、地區戰備狀況提昇至狀況三（含）後，即接受所屬作戰區之作戰管制，各醫療中心院長為作戰區司令官之最高軍醫特業參謀。
- 二、地區醫療中心作戰區內實際狀況之演變，檢討傷病急救與醫療之迫切性，運用醫療支援作業網，對後送傷患之安置和醫療規範作適切之調整。



- 三、由國防部指派國軍總醫院編成緊急醫療支援小組（或外科手術組）支援特定地區。
- 四、地區醫療中心依狀況協調三軍衛材供應處，指定補給庫於軍團後勤區開設衛材補給點，直接補充基層單位所需，並視狀況編成戰時游修小組執行野戰保修任務。
- 五、依軍需物資徵購徵用計畫徵用民間醫療設施（含隨徵操業人員）及徵購衛（藥）材，並儘速完成醫院接收及開設作業，以增補戰時醫療能量。

### 第 23 條

三軍總醫院為國防醫學院所屬教學醫院，並為國軍最高臨床醫學教學訓練及研究發展中心，負責國軍醫護專業人員之培訓與醫學研究工作，平時擔負地區醫療中心之有關任務及各醫療中心或地區國軍醫院之醫療支援；戰時直接受參謀本部之管制運用，遂行各作戰區醫療支援及特殊任務。

## 第 四 章 傷票管理規定

### 第 24 條

為使在戰鬥狀況下，三軍辦理傷患醫療後送時，便於檢傷分類及軍醫人員攜帶填用識別，特製發傷票一種，其式樣由國防部另定之。

### 第 25 條

傷票為傷患個人緊急醫療記載之憑證，傷患分類統計及卹賞審核，均根據傷票辦理，於部隊戰備集結（運）或戰鬥間使用。

### 第 26 條

傷票之管理規定如下：

- 一、傷票之領發以各軍種總（司令）部為具領轉發單位，領用時可逕報國防部軍醫局辦理，但如在戰區情況特殊，得由戰區長官核定轉知補給機構飭庫撥發之，海空軍由總部軍醫組協調軍醫局向三軍衛材供應處具領轉發。
- 二、各級單位在辦理傷票領發時，須詳實登載領發日期、數量、起止號碼、轉發單位及具領人員級職姓名等項，每年分別於六月、十二月兩次造報軍醫處、組核登，並轉呈國防部備查。

- 三、各部隊領有傷票後，應派專人保管，遇有損失應即專案將損失數量、號碼及原因詳報軍醫處、組，並呈報國防部通報作廢。
- 四、戰時各衛生單位，得視需要循衛材補給系統，逕向各衛生器材補給支援單位，按實有人數百分之三十申請配發備用，各衛生器材補給支援單位，所需之傷票存量，分由三軍衛材供應處補充之。

## 第 五 章 傷病官兵之處理

### 第 27 條

傷病官兵凡於國軍醫院療養時，經鑑定在六個月內不能治療健癒者，得調為國防部或隸屬總部療養員、療養戰士，該等人員統稱為療養人員。在六個月內可以痊癒而原單位仍保留底缺者，稱之為寄醫人員。

各軍事學校學生因公傷住院治療滿六個月，得調療養人員，視同志願役。

### 第 28 條

傷病官兵轉院時須考量傷病醫療之必要性、醫院床位調節、原屬單位駐地及病患家屬探視之方便性等，經醫院副院長以上長官核定，始得為之，並依下列方式辦理：

- 一、責任區內住院病患互轉時，由雙方醫院協調同意即可，遇有爭議時由責任區醫療中心負責解決。
- 二、跨責任區住院病患互轉時，由雙方醫院協調同意並於發送轉院公函時副知軍醫局，遇有爭議時由軍醫局負責解決。
- 三、戰時作戰區內住院病患轉院須向作戰區醫療中心核備；跨作戰區住院病患轉院須向軍醫局核備。
- 四、三軍總醫院與各國軍醫院住院病患互轉時，由雙方醫院協調同意即可，遇有爭議時由軍醫局負責解決；戰時住院病患轉院須向相關戰區醫療中心及軍醫局核（報）備。

### 第 29 條

醫院間床位調節互轉時，除應攜帶病歷摘要、會銜名冊，並須備妥國軍傷患卡；接收傷患之醫院應呈報傷患動態依下列規定辦理：

- 一、已調各總部療養員、療養戰士者，送該員所隸總部之人事行政主管署（處）且副知相關軍醫處（組），調為國防部療養員、療養戰士者，送人事次長室並副知軍醫局。

二、寄醫人員資料送相關軍醫處（組）及各該傷患原屬單位。

### 第 30 條

療養人員之核定權責如下：

- 一、由收療之軍醫院，填具建議調療人員名冊，並檢附診斷證明及病歷摘要於每月十日前完成作業。其原在各總部所屬單位任職者，函送各總部發布人令，原在國防部直屬單位或其他中央單位任職者，逕呈國防部（人事次長室），發布調療人令以次月一日生效同時副知軍醫局及收療醫院。
- 二、重要軍職人員依行政系統專案呈國防部。
- 三、作戰期間由各醫院逕呈報戰區（防衛部）指揮官。各戰區軍種指揮官，得依各軍種總司令之授權，先行核定調療養員、療養戰士。呈報各總部發布人事命令。重要軍職亦同。

### 第 31 條

各療養人員原屬單位收到該員之調療人令後，即將其個人資料（含兵籍資料）移送收療之軍醫院列管，國防部人事次長室、軍醫局、各總部人事行政主管單位及軍醫院均須建立病患療養人員名冊，有關該項人員之醫療、薪餉發放、補給等事務由收療之軍醫院負責；療養人員退伍，由軍醫院呈報其原屬總部或國防部核定。

### 第 32 條

寄醫人員住院期間職務異動或駐地遷移時，應由原單位即時通知寄醫醫院。其薪餉悉依國軍人員薪餉發放辦法辦理。

### 第 33 條

下列人員不得調為療養員（療養戰士）：

- 一、各軍事學校學生因病或非因公傷者。
- 二、薪餉補給已劃出國軍預算以外人員。
- 三、因案受軍事看守所、監獄、保安處分場所收容等就醫之病患。

### 第 34 條

療養人員調療期間改辦因病停役者，由軍醫院檢附相關資料於每月十日前

逕呈其原屬總部或國防部核定。

### 第 35 條

療養人員生活管理及考核，統由醫院醫勤部門負責，如有違反軍紀安全規定者，按其身分依陸海空軍懲罰法處理。

### 第 36 條

健癒官兵出院時依下列規定辦理：

- 一、寄醫官兵健癒出院由醫院填具寄醫人員出院歸隊通知單，一份發送原屬單位，一份交本人自行歸隊。必要時可通知原單位派員領回；駐地在外島之出院官兵，由醫院加發一份歸隊通知單送金、馬駐台辦事處辦理登錄，自行向該處報到。
- 二、療養人員健癒後，由軍醫院填報健癒人員名冊，於每月十日前逕呈其原屬總部（人事行政主管單位）或國防部（人事次長室）申請分配，權責單位收到申請後，應即核定發布分配令，於次月一日生效，副本送收療之軍醫院轉發個人。
- 三、療養人員收到分配令後，由醫院填具歸隊通知單辦妥出院手續後，逕向新單位報到，逾期不報到者，按現行有關法令規定辦理。
- 四、戰時由醫院填發報到通知二份，以一份交出院人員，另一份送戰區最高司令部報到任職。
- 五、出院人員所需差旅費、交通費或換票憑證，由醫院按規定辦理，並將各該員之人事補給資料轉移報到單位。

### 第 37 條

義務役官兵因傷病住院屆滿役期未癒，如必需繼續住院者，准暫緩辦理退伍，由軍醫院於傷病官兵役期屆滿前一個月逕呈所隸屬總部或國防部辦理留醫手續，其待遇與一般療養人員相同，如有殘廢或死亡仍照現役軍人之撫卹、保險及葬厝規定辦理。義務役期滿，留醫軍醫院以一年為限；屆滿仍需繼續就醫或就養者，由軍醫院於留醫屆滿前二個月逕呈所隸屬總部或國防部按「義務役官兵現役期滿留醫人員處理規定」辦理。

### 第 38 條

國防部軍醫局視需要納編人事、政戰等單位人員組成住院傷患督編小組，

赴國軍醫院實施督編，並辦理健癒人員之出院及重新分配，以維戰力。

### **第 39 條**

寄醫傷病官兵及待命人員如有潛逃或死亡時，由軍醫院函請其所屬單位依權責辦理，並副知該隸屬總部。

### **第 40 條**

療養人員健癒分配或退伍、因病停役、逃亡、死亡等情形者，由軍醫院呈報所隸屬總部或國防部依權責核辦；其兵籍資料由軍醫院依部頒「陸海空軍兵籍資料管理手冊」有關規定辦理登註及移轉作業。

### **第 41 條**

療養人員之軍人身分證管理，由軍醫院依部頒「陸海空軍軍人身分證管理手冊」有關規定辦理。

### **第 42 條**

國軍官兵、軍校學生、聘雇、文職人員及國防部特別規定之人員門（急）診、住院醫療處理，其作業規定另定之。

## **第 六 章 國軍殘等檢定**

### **第 43 條**

凡國軍官兵、軍中聘雇人員、軍校學生、國民兵及特區工作之官士兵存記有案者，因作戰、公務或疾病所致之傷病殘，其殘等之檢定，悉依本章規定處理。

### **第 44 條**

殘等檢定，由國軍醫院院長或副院長召集政戰及人事主管、科主任與主治軍醫等，成立檢定小組，依據病歷記錄及其有關資料等，確實審查，對殘狀、殘等詳細檢定註記於傷病成殘申請撫卹、保險證明書內，並依規定將資料送聯勤總部。

#### 第 45 條

殘等檢定必須俟其治療終止，或確知目前醫學技術無法矯治時，應由負責診治軍醫主動提出申請，並經鑑定對身體功能確具障礙無法恢復者始得構成殘等；如係遺傳性、先天性發育不良之缺陷、畸形，均不得列為殘等。

#### 第 46 條

殘等之檢定應以損傷或疾病對身體或局部某一器官所引起之機能缺陷為依據，檢查軍醫院除應提供解剖上、病理上、檢驗上以及預後等資料外，並應述明機能缺陷對於其個人日常生活之參考。

#### 第 47 條

凡一人在同一時間內同一原因而致有二種以上之殘狀時，殘等相同者擇一核定，殘等不同者，以較重之殘狀作核定殘等之依據，如較重之殘狀為以後發生者，可按較重殘狀申請改敘殘等。

#### 第 48 條

官兵殘等等級依軍人撫卹條例第十二條規定區分之，「國軍殘等檢定區分標準表」如附件。凡殘狀不及較高等殘者，概按低一等殘等為準，而殘等殘狀等未列入前項表內者，得比照辦理，如不能比照辦理時，則由聯勤留守業務署移送三軍總醫院提交檢定小組，就其殘狀及其對身體功能之影響，議定其殘等。仍有疑問之殘等案件，必要時得報由國防部會同有關單位派員赴醫院檢定之。

國軍殘等檢定區分標準表						
區分	編號	壹	等	殘	貳	等
感	1	一	兩眼無光感。	一	一眼無光感。	一
覺		二	一眼無光感，	二	一眼可視眼前	後均在○・
器			而他眼可視前		一米手動或不	或以下者。
官			一米指數或不		及，而無法矯	二 一眼視力矯
			及而無法矯正		正者。	後在○・五
			者。			以下，而他



	三	兩眼眼前一米 手動或不及， 而無法矯正者 。			眼前一米指 或不及，並 法矯正者。
2		兩耳聽力損失均達 國際標準單位一〇 〇分貝（含）以上 者。	一	兩耳聽力損失 均達國際標準 單位九十分貝 （含）以上者 。	一 一耳聽力損 達國際標準 位一〇〇分 （含）以上 。
			二	兩耳耳廓損失 達百分之八十 （含）以上者 。	二 一耳耳廓損 達百分之八 （含）以上 。
3				鼻骨缺損，鼻翼脫 落，而無法整復者 。	鼻翼兩側損失均 百分之六十以上 無法整復者。
4		器官性失音症，不 能以言語傳意或口 啞者。			器官性疾病言語 生顯著缺陷者。
5		舌損失達百分之六 十致不能言語者。			舌損失達百分之 十言語發生顯著 陷者。
6		喉頭切除或狹窄， 需繼續使用氣管造 影影響發聲及呼吸而		喉頭切除或狹窄， 影響發聲及呼吸而	



[illegible]



	9	一足自踝關節以下全失者。	兩足足趾全失者。	一 一足足趾全者。
				二 一足失去拇及其他二趾上者。
	10	兩手五指關節完全強直或全曲者。	一手之五指關節完全強直或全曲者。	一手之拇指二指其他三指關節完全強直或全曲者。
	11		一 頸椎完全強直者。	一 頸部運動範圍：前傾十度後仰五度，彎十度、側二十度以內。
			二 腰椎完全強直。	二 腰椎運動範圍：前傾三〇以內者。
	12		一 肩關節僵硬或手術置換人工肩關節者。（包括半肩及全肩人工關節置換）。	一 肩關節運動上舉六〇度外展三〇度以內。
			二 肘關節僵硬或手術置換人工肘關節者。	二 肘關節運動圍在三〇度以內者。
				三 腕關節完全直或經全腕節固定手術。
				四 前臂旋前旋



				合計小於三度者。
	13		一 腕關節非功能性強直或強曲至足不著地者。	一 腕關節運動圍屈曲在七度以內者。
			二 膝關節非功能性強直或強曲至足不著地者。	二 膝關節運動圍屈曲在四度以內者。
			三 手術置換人工腕關節（包括全腕關節及半腕關節）。	三 踝關節非功能性強直或強者。
			四 手術置換人工膝關節者。	
	14		一側下支短五公分以上者。	一側下肢短四公分以上者。
神經與肌肉	15	一 兩肢肢體以上神經功能障礙經矯治半年後仍有兩肢肢體（含）以上神經功能喪失達百分之五十（	一肢肢體功能障礙，經半年矯治後仍有一肢肢體神經功能喪失達百分之五十（含）以上者。	一 一肢肢體神經功能障礙經年矯治後仍有一肢肢體神經功能喪失達分之廿五（含）者。

[illegible]



			個月治療仍未改善者。	(不含) 以下者。	(含) 至三(不含)者
		二	需要使用人工呼吸器以維持生命經三個月仍未改善者。	二 通氣功能為正常值百分之四十(不含)以下者。	二 通氣功能為正常值百分之十(含)至十五(不含)者。
				三 FEVI/FVC 之比率為正常值百分之三十五(不含)以下者。	三 FEVI/FVC 之比率為正常值百分之三十五(含)至四十(不含)者。
				四 氣體交換為正常值百分之二十五(不含)以下者。	四 氣體交換為正常值百分之十五(含)至三十(不含)者。
消	18	一	食道疾患導致吞嚥困難需永久性腸胃造術，以維持營養者。	一 食道再造術後，正確能接受流質及半流飲食以維營養者。	一 食道再造術，能接受普飲食者。
化		二	胃全切除。	二 胃或大腸切除	二 胃或大腸切除者。
系		三	終端迴腸及迴盲腸切除九十分公分以上者合併有吸收不良症狀群者。	三 三分之二或以上者。	三 大腸切除二分之一以上者及三分之二行低前位切術後排便次頻繁者。
統		四	小腸切除四分之三或存留不足九十公分合併有吸收不良症狀群者。	四 小腸切除三分之四合併有吸收不良症狀群者。	四 小腸切除二分之一或存留不足二百公分併吸收不良狀群者。
		五	永久性小腸造	五 直腸肛門切除，並作人工肛門者。	

[illegible]



				之一者。	
			三	肝臟切除一葉	
				者。	
	21				脾摘除。
	22				膽囊切除。
泌 尿 生 殖 系 統	23	一	慢性腎臟疾病 合併尿毒症， 住院檢查連續 三次肌酸酐廓 清試驗每分鐘 在十五公撮以 下，合併有高 血壓或貧血， 經治療一個月 以上無進步者 。	一 一側腎全切除 或無功能者。 二 慢性腎臟病合 併腎功能衰竭 經住院檢查連 續三次肌酸酐 廓清試驗每分 鐘在卅至十五 (不含)公撮 之間治療三個 月以上無進步 者。	慢性腎臟炎合併 功能減退，有輕 氮血質症者(血 肌酸酐每百毫升 液含二毫克以上 血尿素氮每百毫 肇液含二十毫克 上)。
	24		膀胱全切除者。	膀胱部分切除有 能影響者。	膀胱部分切除。
	25	一	陰莖全部切除 者。	陰莖部份切除者。	一側睪丸全部摘 者。
		二	兩側睪丸全部 切除者。		(隱睪者除外)
		三	陰莖部分切除 併排尿功能障 礙。		
	26		根治性子宮切除術	一 子宮或兩側卵	





		(含或不含卵巢、	巢完全切除者	
		輸卵管切除及附近	。	
		淋巴腺全部切除。	二 子宮次全切除	
		)	。	
	27			兩側乳腺全部切
				者。
循	28	一 不能控制之充	一 心臟機能損害	一 凡藥物或外
環		血性心衰竭症	第三度，有多	手術無效之
系		，心臟機能損	發性充血性心	性心臟病，
統		害第四度，喪	衰竭其心臟功	心肌梗塞症
		失活動能力，	能除飲食起居	有一次以上
		經治療六個月	外，不能作任	充血性心衰
		無效者。	何操作勞動，	，經抗衰竭
		二 惡性高血壓症	經治療六個月	療半年，不
		且眼底視網膜	無效者。	完全控制症
		病變第四度經	二 不能控制性心	者。
		治療六個月無	絞痛且經冠狀	二 主動脈剝離
		效者。	動脈攝影檢查	Aortic Dis
		三 心臟移植手術	證實為冠心症	ecting ane
		後。	者，經治療六	urysm) 。
			個月無效者。	三 經血管照像
			三 各項相關手術	實動脈阻塞
			後六個月，其	疾病無法手
			心臟功能仍在	，經藥物治
			紐約心臟學會	三個月以上
			分類第三度者	有嚴重症狀
			。	但無缺血性
			四 經血管照像證	瘍者。
			實動脈阻塞性	
			疾病，無法手	
			術，經藥物治	
			療三個月以上	

			仍有缺血性潰瘍者。	
	29	內分泌腺疾病因手術或放射線治療後導致功能不足或原發性功能不足無法以藥物維持者。	內分泌腺疾病因手術或放射線治療後導致功能不足或原發性功能不足需以藥物維持者。	
器 質 性 精 神 病	30	職業功能、社交功能、日常生活功能退化，而完全依賴他人養護或需密切監護者。	職業功能、社交功能退化，需施以長期精神復健治療，以維持其日常生活最基本自我照顧能力，並需他人監護者。	職業功能、社交功能退化，經長期精神復健治療，可庇護性工作場所展出部份工作能力，亦可在他人部監護維持日常生活自我照顧能力者
燒傷	31	一 第三度燒傷，面積達全身百分之五十一以上，經植皮後，其畸形無法以手術矯正者	一 第三度燒傷，面積達全身百分之三十六至五十，經植皮後其畸形無法以手術矯正者	一 顏面第三度燒傷，致瘢痕形達顏面面百分之三十至五十者。  二 泌尿生殖器



			。			三度燒傷且
		二	顏面第三度燒傷致癍痕畸形	二	顏面第三度燒傷致癍痕畸形	併功能喪失
			超過全顏面面積百分之七十		達顏面面積百分之五十一至	法手術矯正
			一以上。		七十者。	。
其 他	32	一	任何惡性腫瘤經由影像學及腫瘤標記診斷或經病理診斷屬實且已移轉者。	一	任何惡性腫瘤經由影像學及腫瘤標記診斷或經病理診斷屬實者。	一 原因不明血小板減少紫斑，經治療無效。
						二 凝血功能障礙，經治療無效。
		二	白血病。		再生不良性貧血。	。
				三	骨髓分化不良症候群。	
				四	骨髓增生症（包括真性紅血球增生症、原發性血小板增生症、原發性骨髓纖維化及其他血球增生症）。	
	33	罹患職業病所致與右列各項類似程度之廢殘。		罹患職業病所致與右列各項類似程度之廢殘。		罹患職業病所致與右列各項類似程度之廢殘。
	34	與右列各項類似程度之廢殘。		與右列各項類似程度之廢殘。		與右列各項類似程度之廢殘。



殘	重	機	障	輕	機	障	備	考
正	一	一眼矯正視力	一	一眼裸視力在	本項殘障之核定，			
二	、	在〇・五或以	〇・六或以上	應併有視器病變經				
		下，而他眼視	，而他眼視力	治療而無法恢復者				
正		力經矯正後在	經矯正後在〇	。				
或		〇・一或以下	・二或以下者					
眼		者。	。					
數	二	兩眼視力經矯	二	二眼視力經矯				
無		正後均在〇・	正後均在〇・					
		三或以下者。	四或以下者。					
	三	複視經半年以						
		上矯治無法恢						
		復者。						
失	一	兩耳聽力損失	一耳聽力損失達國					
單		均達國際標準	際標準單位六十分					
貝		單位五十五分	貝（含）以上者。					
者		貝（含）以上						
		者。						
失	二	一耳聽力損失						
十	、	達國際標準單						
者		位九十分貝（						
		含）以上者。						
達	一	鼻翼一側損失	一側鼻腔完全粘連					
而		達百分之六十	閉塞而無法整復者					
		以上，而無法	。					
		整復者。						
	二	兩側鼻腔完全						
		粘連閉塞，而						



	無法整復者。		
發			
二	、		
缺			
損	口腔粘膜下纖維化		
	，致張口上下正中門		
	。牙間距壹公分而影		
失	響咀嚼者。		
	，		
	。		
之			
落			
嚴			
手			
影			
者			
或	一 一手失去拇或	一手失去中、無名	「手指失去」係指
其	食或中指或其	、小指中任何一指	掌指關節部近端缺
	他二指者。	之末節者。	損者。

[illegible]

[illegible]



分	一側下肢短三公分	一側下肢短二公分	
	以上者。	以上者。	
經	一 神經不全麻痺	神經不全麻痺致一	一 四肢周圍之測
半	致一肢肌肉部	肢肌肉部份萎縮，	量：
有	份萎縮，經半	經半年以上復健治	(一) 上肢：以尺
經	年以上復健治	療仍遺留萎縮，下	骨薦嘴為起
百	療仍遺留萎縮	肢達一・五公分以	點，向上十
不	，下肢達三公	上，上肢達一公分	至十二公分
	分以上，上肢	者。	，為上臂中
傷	達二公分以上		週測量處。
	者。		(二) 下肢：以膝
半	二 側顏面神經全		蓋上緣為起
有	麻痺經矯治半		點，向上十
響	年無法恢復者		至十二公分
	。		，為大腿中
嚴	三 在部隊服役期		週處，向下
致	間經開顱術造		十至十二公
顯	成癲癇者。		分，為小腿
			中週處。
			二 神經功能障礙
			在百分之五十
			以上者，表示
			肢體無法抗地
			心引力，在百
			分之廿五以上
			者表肢體可抗
			地心引力。
葉	一 肺切除一單元	肋骨切除一根者。	
	或以上者。		
去	二 肋骨切除二根		
者	或以上者。		

根			
以	肺臟疾病經一年以	肺臟疾病經一年以	一 正常值應按年
仍	上治療，肺功能仍	上治療，肺功能仍	齡身高體重與
生	未改善，但日常生	未改善，無法擔任	體表面積計算
照	活勉可自理，惟無	軍事訓練，而有下	。
一	法擔任軍事訓練，	列之一者：、	二 FEVI：第一秒
	而有下列之一者：	一 FEVI 為正常值	分時肺活量。
值	一 FEVI 為正常值	百分之三十五	三 通氣功能：
五	、 百分之三十（	（含）至四十	MVV。
十	、 含）至三十五	（不含）者。	四 氣體交換：肺
。	（不含）者。	二 通氣功能為正	彌散功能。
正	二 通氣功能為正	常值百分之五	
四	、 常值百分之四	、 十（含）至五	
四	、 十五（含）至	十五（不含）	
）	五十（不含）	者。	
	者。	三 FEVI/FVC 之比	
比	三 FEVI/FVC 之比	率為正常值百	
百	率為正常值百	分之四十五（	
（	分之四十（含	含）至五十（	
（	）至四十五（	不含）者。	
	不含）者。	四 氣體交換為正	
正	四 氣體交換為正	常值百分之三	
二	、 常值百分之三	十五（含）至	
至	十（含）至三	四十（不含）	
）	十五（不含）	者。	
	者。		
後	一 兩側迷走神經		一 吸收不良症狀
通	切斷及胃腸吻		之標準應具備
	合。		下列二項者：
除	二 兩側迷走神經		（一）血色素低於
二	、 切斷及幽門成		十一公分者



	形術。		。
分	三 大腸切除二分		(二) 血清蛋白低
不	之一 (含) 以		於三公分者
或	下者。		。
除			(三) 血清礦物質
數			降低者。
			(四) 血清維他命
分			含量減少者
不			。
合			(五) 經標準飲食
症			糞便脂肪測
			定每日大於
斷			六公克者。
者			(六) D-XYLASE
			TEST 五小時
			小便含量大
			於四・五公
			克，血清最
			大含量大於
			卅公克者。
			二 吸收不良症狀
			群者需觀察六
			個月以上仍有
			持續性症狀者
			為限。
	胰臟假性囊腫經胰		
	臟腸道造口吻合術		
	後仍有吸收不良症		
	候群者。		
節	膽道括約肌切開或		病理切片無法完成
一	成形術後有返逆性	、	時，經動脈攝影及
	膽道炎持續發作一		其他臨床診斷方法
改	年或以上且經臨床		確定並有一年以上

[illegible]



			影或尿動力學檢查
			為依據。
除			功能影響以膀胱攝
			影或尿路動力學檢
。			查為依據
	一 一側卵巢完全	單側輸卵管切除。	
	切除者。		
	二 兩側輸卵管切		
	除（結紮手術		
	除外）或粘連		
	不通。		
除	一側乳腺全部切除		限女性。
	者。		
科	一 凡不能以藥物	一 凡不能以藥物	心臟機能損害分類
慢	或外科手術治	或外科手術治	標準：
與	癒之風濕性心	癒之慢性心臟	第一度：有心臟病
，	臟瓣膜症，有	病，具有臨床	，但無運動障礙，
之	充血性心衰竭	上確實之心肥	平常之活動下，無
竭	之病史及證據	大證據及症狀	氣喘胸痛疲倦或心
治	，但可用抗衰	，心臟功能損	悸現象。
能	竭治療控制症	害第二度，但	第二度：有心臟病
狀	狀者。	無充血性心衰	，且有輕度運動障
	二 接受永久性心	竭症。	礙，在休息或輕工
	律調整器者。	二 手術後殘遺之	作時無症狀，但日
s-	三 肢體深靜脈阻	心臟功能損害	常生活較重之工作
	塞或功能不全	第二度，病情	時則有症狀。
	導致嚴重慢性	減輕症狀部份	第三度：有心臟病

證 性 術 療 仍 ， 潰	水腫合併潰瘍 者。 四 血管瘤合併功 能障礙，無法 手術完全切除 者。	三 肢體深靜脈阻 塞或功能不全 導致嚴重慢性 水腫者。	，且有重度運動障 礙，休息時無症狀 ，但稍有活動即有 症狀。 第四度：有心臟病 ，且無法活動者， 在靜止狀態下有心 臟代價不全活動時 症狀加重。
			糖尿病、痛風症等 以其症狀參考有關 規定之標準。
功 精 在 發 力 份 活 。	職業功能、社交功 能輕度退化，在協 助下可維持發病前 之部份工作能力或 可在非底護性工作 場所工作，且毋需 他人監護，即具日 常生活自我照顧能 力者。		一 器質性精神病 其範圍限於服 役中受傷所致 之器質性精神 病，經必需適 當醫療六個月 以上，未能痊 癒且病情已慢 性化，導致職 業功能、社交 功能與日常生 活適應上發生 障礙，需要家 庭及社會照顧

[illegible]





與	罹患職業病所致與	罹患職業病所致與	一 因職業暴露所
序	右列各項類似程度	右列各項類似程度	致疾病引起之
	之廢殘。	之廢殘。	殘等檢定依本
			項實施。
			二 由設有職業病
			科之國軍醫院
			檢定。
程	與右列各項類似程	與右列各項類似程	
	度之廢殘。	度之廢殘。	

#### 一、傷殘檢定檢查規定：

##### (一) 肌肉骨骼及關節

- 1 肌肉體格之殘廢，係為機能之喪失，亦即該系統因疾病或局部損壞而不能完成「正常有效運動」之稱，所謂「正常有效運動」應具正常運動幅度，共濟運動，以及持久力等要素，在檢查時應正確描述上項各要素之損傷情形。
- 2 檢查關節，應注意減少關節運動幅度或造成關節異常之各種因素，並應詳加描述，尤應注意左列情形：
  - (1) 關節強直，乃指真性關節強直而言，檢查時應與假性關節強直鑑別之。關節活動限制之形容應以度數表示之。對於正常關節功能之幅度與計算，悉依「人體重要關節運動範圍圖」檢定之。
  - (2) 曾經石膏固定之關節，於石膏拆除後，應先施以半年以上之住院或門診復健治療，再檢定其所遺關節運動之限制狀況，其成殘日期，自受傷日期計算之。
  - (3) 指與趾之名稱，概以拇指、食指、中指、無名指、小指及第一趾、第二趾等依次表示之，同時應註明傷病之範圍如第一、二節等。

##### (二) 感覺器官

- 1 視力檢查，包括未矯正及矯正後之遠距及近距視力，並附屈光情形及眼底檢查之結果，如僅視力障礙，不能視作一種完全之診斷，且應註明係由何種病或何種損傷所致，眼盲為其視力完全喪失



至無光感者。

- 2 聽覺測驗，首先應注意外聽道是否有阻塞現象，按照聽力檢查方法判定之。

### (三) 臟器

- 1 臟器檢查，首先應注意病因，先天性發育不良或先天性畸形等不得視為殘狀，因傷成病因而損及臟器者，應詳細檢查述明其功能損害情形。
- 2 臟器傷病經手術割治者，應經三個月以上之復健療養，再檢定其功能損害情形，若其功能損害業已構成，且符合殘等標準時，其成殘日期則以手術日期為準。

## 第 49 條

奉派國外之官兵，因傷病無法回國檢定殘等者，由其隸屬長官檢呈傷病官兵國外醫院診療之全部病歷及檢查紀錄等資料（因公負傷應檢附因公負傷證明書），交由三軍總醫院依據該等資料，按殘等檢定之一般規定辦理。

## 第七章 國軍預防保健

### 第 50 條

國軍各級衛生勤務單位應負責推行預防醫學，建立與運用衛生統計，防止疾病及意外傷害，以增進官兵身心健康，維護國軍戰力。

### 第 51 條

預防保健之主要業務如下：

- 一、個人衛生。
- 二、環境衛生。
- 三、膳食衛生。
- 四、給水衛生。
- 五、行軍衛生。
- 六、宿營衛生。
- 七、戰地衛生。
- 八、傳染病防制。
- 九、病媒管制。
- 十、口腔保健。

- 十一、健康檢查。
- 十二、急救措施。
- 十三、職業衛生。
- 十四、心理衛生。
- 十五、衛生教育。

## 第 52 條

國軍預防保健權責劃分如下：

- 一、國防部負國軍有關預防保健重大措施政策決定之責。
- 二、各軍總部負各軍種預防保健措施之擬訂，並實施督導、檢查、及成效考核之責。
- 三、各級部隊長對所屬單位清潔衛生，應經常親自督導檢查，並負各該部隊各項預防保健措施之推行，及保證其圓滿完成之責。
- 四、軍醫負各該部隊預防保健措施之調查、研究、設計、執行、建議、督導及水質檢驗之責。
- 五、工兵負給水站之開設、飲水之獲得與潔治、冷藏設施籌購；營房建築包括防鼠設備、修繕、照明、加溫裝置、營房環境衛生工程設備之建築，如焚化爐、除油池、污物處理、紗窗紗門、上下水道及有害地形之改變等，並依據軍醫部門建議，負責害蟲、齧齒類動物之管制及有關管制器材之供應。
- 六、經理負責食品勤務，供給冷藏及膳食衛生設備，廚餘處理，並視情況需要開設滅蟲站、沐浴站、及洗衣所。
- 七、化學兵部門依據軍醫部門建議，負責殺蟲劑、飲水消毒之籌補。
- 八、預防保健有關運輸所需車輛，向各級運輸單位申請支援，所需油料向各級經理補給單位申請支援。
- 九、各級政戰部門，應協助部隊長及有關人員，加強預防保健措施之推行。
- 十、總務或行政部門，負責營區環境之清潔，及工程設施之維護。
- 十一、人事部門負預防保健獎懲之責。
- 十二、訓練部門負協調衛生單位（軍醫人員）策訂衛生教育計畫，與執行考核之責。

## 第 53 條

為確保官兵健康，有關預防保健及醫療統計表報之作業規定另定之。

## 第八章 醫療軍品整備

### 第 54 條

國軍衛生補給品與醫療裝備在國軍軍品分類中屬第八類補給品統稱「醫療軍品」。

### 第 55 條

衛材補給區分基地庫（三軍衛材供應處）、地區庫或分庫（含補給點）及使用單位三級。

### 第 56 條

各衛材庫平時負責地區衛材補保作業，並儲存適量之戰備衛材；戰時運用補給運輸工具或傷患後送輸具，補充地區衛材。必要時於軍團後勤區開設衛材補給點，直接補充基層單位所需。

### 第 57 條

為使醫療軍品，能適切支援三軍醫療作業，以提昇戰力應完成軍品戰備，其要領如下：

- 一、國軍衛生補給品：應符合實用經濟有效原則，做到適時、適地、適量、適質平衡供求，並以戰備急需者為優先。
- 二、醫療裝備整備：
  - （一）須符合建軍政策需要，從長期性、根本性著眼做整體規劃，以確保長期後勤支援能力。
  - （二）應以籌補更新為主，力求程式統一簡化。並備有技術、操作手冊及零附件之控存，以利補保作業。
  - （三）國防部、各軍總部及各國軍醫院均須成立醫療裝備獲得審查委員會，檢討裝備需求，逐級審查，避免投資浪費。
  - （四）應在經濟效益原則下配合裝備更新時程，建立保修能量。

### 第 58 條

國軍衛生補給品管理規定如下：

- 一、需求管理：



- (一) 國防部軍醫局為國軍衛材存量管制單位，統籌運用衛材資訊系統，俾使需求計算正確。
- (二) 掌握補給前置時間，選定正確申請點，以利適時提出補充申請。
- (三) 建立簡便有效之作業程序與管制方法。
- (四) 計算需求應考量戰爭型態與作戰方式，並注意季節性與地域性因素。

#### 二、獲得管理：

- (一) 需求計畫經資訊系統審核通過後，依程序及規定辦理採購。
- (二) 衛材內外購須按照軍事機關軍品採購作業規定辦理。

#### 三、儲存管理：

- (一) 三軍衛材供應處負責接收國內外採購及捐贈之衛材，並實施檢查、分類、儲存、包裝、運輸等作業。
- (二) 各地區衛材庫及地區衛材分庫（點）負責地區內所需消耗性衛材與修護零件之收發儲存作業。

#### 四、分配管理：

- (一) 國軍常用衛生補給品由國防部軍醫局統一籌補，實施地區聯合補給制，並建立衛材補給管道，其衛材消耗、存量、帳籍、料號、規格與計畫等資料均須輸入國軍資訊系統管理；非常用衛生補給品則由各醫療單位視醫療所需自行零購使用，並建帳列管。
- (二) 衛材補給統由三軍衛材供應處運補，對五個作戰區及金、馬兩區實施分區補給，分別由三供處處本部及所屬地區庫、分庫及補給點負責。
- (三) 三軍衛材供應處負責支援各地區庫、分庫、補給點及駐地附近單位之補給。

國軍麻醉藥品之管制與使用，依照國軍麻醉藥品管制辦法之規定辦理。

### 第 59 條

醫療裝備管理規定如下：

- 一、各單位醫療裝備均須建卡列管，如有新增、調撥或繳庫時，應即填製裝備異動報告表調整。
- 二、各單位每年至少實施裝備清點乙次，並填製醫療裝備年報表，呈報管制單位，俾利查核。
- 三、應建立保修體系：
  - (一) 單位保修（預防保修）－為保養系統中最重要之一環，係由裝備使用人及編制內保養技術人員執行之勤務，包括清潔、檢查、維護、

潤滑、調整及小零件之更換。

(二) 野戰保修－屬機動與半機動支援，旨在儘速修復單位故障之裝備，由地區衛材庫擔任。

(三) 基地保修－凡各級保修階層未能修復者，皆循保修支援體系後送至三軍衛材供應處檢修。

(四) 國軍無自行修復能力之醫療裝備得與廠商訂定合約保修，或以招商修護方式實施保修。

四、貫徹預防保養檢查、主官裝備檢查、技術勤務檢查及高級裝備檢查，以早期發現裝備故障並儘速修復之。

## 第 60 條

國軍廢舊及不適用衛材裝備，應依國軍廢舊及不適用物資處理辦法辦理。

## 第 61 條

戰備衛材整備原則：

一、戰備衛材品項選擇係依據戰傷可能狀況，預判戰時遽增耗用品項，區分藥品、敷料、內外科器材等三類籌補。

二、戰備衛材平時須併入一般衛材辦理推陳，以免過期報廢情事。

三、基地屯儲品項由三軍衛材供應處負責屯備，各國軍醫院需自行屯備，野戰屯儲品項由各軍種依其本身特性，選擇所需品項辦理屯儲，並呈報國防部備查。

四、屯儲數量須綜合考量作戰需要、庫儲空間、衛材效期特性及推陳換新等因素加以訂定，以全軍平時三個月所需耗量為基準酌予增刪。

## 第 62 條

凡國軍人員因作戰、公務或疾病所致之傷病殘，其義肢之裝配，悉依本條規定處理。

國軍醫院對截肢患者，須待其創口癒合後，檢同義肢裝配補助申請表，報請國防部軍醫局審查。國軍傷殘官兵義肢裝配費用支付規定另定之。

## 第 63 條

國軍有關屍體病理解剖依據解剖屍體條例及國軍醫院實施屍體病理解剖作業規定辦理。

前項作業規定另定之。

#### **第 64 條**

本規則使用之表格名冊由國防部另定之。

#### **第 65 條**

第八條、第十三條之規定，海空軍比照同級陸軍單位辦理。

#### **第 66 條**

本規則自發布日施行。