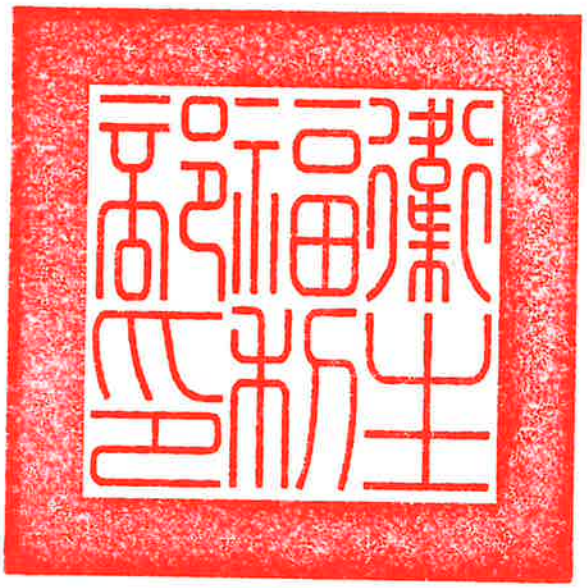
檔　　號：
保存年限：

衛生福利部　公告

發文日期：中華民國115年5月14日
發文字號：衛部口字第1152060290號
附件：如主旨



主旨：公告修正「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」第三點、第六點及第五點附件1、附件4(如附件)，並自中華民國一百十五年九月一日生效。

部長石崇良出國
政務次長 林靜儀 代行

醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項
第三點、第六點修正規定

三、提供口腔預防保健服務，其補助對象如下：

（一）兒童牙齒塗氟：

1. 零歲至進入國小當年度之八月三十一日止，每半年補助一次。
2. 未滿十二歲之低收入戶、身心障礙、設籍原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，每三個月補助一次。

（二）國小學童白齒窩溝封填：

施作年齡條件：七十二個月≦就醫年月－出生年月≦一百四十四個月。

（三）口腔黏膜檢查：

1. 三十歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者，每二年補助一次。
2. 十八歲以上至未滿三十歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民，每二年補助一次。

（四）口腔黏膜檢查疑似異常個案追蹤及確診：

1. 高癌化異常者：包括疑似口腔癌、口腔內外不明原因腫塊、紅斑、紅白斑、疣狀增生、非均質性白斑、均質性厚白斑。
2. 其他經評估需作切片者：至口腔司審查通過之「確診醫院」或「確診及治療醫院」，由專科醫師評估應切片確診者。

六、申請辦理兒童牙齒塗氟或窩溝封填服務者，應為登記執業之牙醫師。

申請辦理口腔黏膜檢查及其疑似異常個案追蹤及確診服務者，應具有下列資格之一：

（一） 登記執業之牙醫師、耳鼻喉頭頸外科專科醫師。

（二） 前款科別以外之西醫專科醫師、具有西醫專科或中西醫整合專科之中醫師，並經地方政府衛生局辦理口腔黏膜檢查教育訓練合格。

（三） 經本部專案許可於牙醫醫療資源不足地區衛生所執業之西醫師，且經地方政府衛生局辦理口腔黏膜檢查教育訓練合格。

前項第三款經專案許可之西醫師，如異動至非專案許可地區時，不得再辦理口腔黏膜檢查服務。

第五點附件 1 兒童牙齒塗氟保健服務修正規定

代碼	就醫序號	補助時程	服務項目	補助金額（新臺幣）
81	IC81	零歲至進入國小當年度之八月三十一日止，每半年補助一次。	**氟化防齲處理**（包括牙醫師專業塗氟處理、一般性口腔檢查、衛生教育）	500 元
88	IC81	零歲至進入國小當年度之八月三十一日止，每半年補助一次。	**社區巡迴服務** **氟化防齲處理**（包括牙醫師專業塗氟處理、一般性口腔檢查、衛生教育）	**450 元**
87	IC87	未滿十二歲之低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區，每三個月補助一次。	**氟化防齲處理**（包括牙醫師專業塗氟處理、一般性口腔檢查、衛生教育）	500 元
89	IC87	未滿十二歲之低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區，每三個月補助一次。	**社區巡迴服務** **氟化防齲處理**（包括牙醫師專業塗氟處理、一般性口腔檢查、衛生教育）	**600 元**

備註：

一、有關年齡條件及服務間隔條件之定義如下：

(一) 零歲至進入國小當年度之八月三十一日止。

（例如一百零九年九月二日至一百十年八月三十一日出生，補助至一百十六年八月三十一日；一百十年九月二日至一百十一年八月三十一日出生，補助至一百十七年八月三十一日，以此類推）

服務間隔：當次就醫年月-前次就醫年月≧六個月；

(二) 未滿十二歲之低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，

就醫年月-出生年月≦一百四十四個月

服務間隔：當次就醫年月-前次就醫年月≧三個月

二、服務對象資格查核：

特約醫事服務機構應於提供兒童牙齒塗氟保健服務前，檢視健保卡及登入健保署指定系統確認該次補助尚未施作始得提供服務。外展至醫事機構外（如幼兒園）者之服務，亦同。

三、特約醫事服務機構辦理兒童牙齒塗氟保健服務者，應依下列規定辦理：

(一) 應於特約醫事服務機構內執行。如申請辦理兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務(不得跨縣(市)服務。但原住民族、離島及偏遠地區，並持有牙醫師公會全國聯合會同意文件者，不在此限)，應先報備地方政府衛生局後辦理。

(二) 執行兒童牙齒塗氟保健服務時，應告知其家長或主要照顧者，並於病歷上記載使用氟化物之種類，且氟濃度至少應為 22,600ppm 以上；如辦理兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務，應由家長或主要照顧者簽具同意書後提供，服務時需使用氟漆（fluoride varnish），並依醫療法第六十七條規定登載服務資料於病歷。未依規定辦理者，本部不予核付費用。

(三) 辦理「兒童牙齒塗氟保健服務」社區巡迴服務，應配合健保卡相關作業及備讀卡機，依規定登錄提供保健服務資料(「12-1.保健服務項目」欄位註記為「05 兒童牙齒預防保健」、「12-4.檢查項目代碼」欄位註記為醫令之代碼)。如巡迴學校無法連線，得併入特約醫事服務機構申報。

(四) 提供兒童牙齒塗氟保健服務，應於服務後將當次之預防保健紀錄登錄於健保卡，並於登錄後二十四小時內上傳就醫紀錄至健保署指定系統。

四、「兒童牙齒塗氟保健服務」社區巡迴服務方式:

(一) 於地方政府衛生局支援報備。

(二) 填幼兒園/學校同意書(非必要文件，院所可視需要選用)，詳附錄 1-1。

(三) 填家長同意書(含氟化物基本常識，兒童口腔保健方式，家長同意與否，塗氟當日帶健保卡)，詳附錄 1-2。

(四) 兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務

1.衛教指導(內容為氟化物基本知識及兒童口腔保健)。

2.健保卡過卡作業(適用對象：①零歲至進入國小當年度之八月三十一日止，半年內無塗過、②未滿十二歲之低收入戶兒童、身心障礙兒童、原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，三個月內未塗過)。

3.一般口檢含塗氟後說明。

4.塗氟過程需遵從感染控制相關規範。

5.塗氟漆流程：

(1)病例問診，了解兒童飲食習慣與病史。

(2)氟漆塗氟。

6.填寫家長回覆單共三聯(分別由家長、幼兒園/學校、牙醫師帶回院所留存，抽審時隨病歷送審)，詳附錄 1-3。

7.如有特殊體質(過敏或其他情形)或大量誤食出現噁心、嘔吐及其他不適症狀，

此時可先催吐，再給予鮮奶以減緩「氟」之吸收，並立即送醫觀察處理。

8.為維護醫療品質，牙醫師至幼兒園/學校塗氟，每診次每位醫師最高以三十人次為限。

9.兒童牙齒塗氟保健服務原住民族地區、偏遠及離島地區，詳附錄 1-4。

第五點附件4 口腔黏膜檢查疑似異常個案追蹤及確診服務修正規定

一、目的

為提高本部預防保健服務之口腔黏膜檢查結果為疑似異常個案，進一步完成診斷與治療，透過本服務之追蹤管理及提升醫療院所診斷品質，建立以篩檢異常個案為中心之主動追陽管理模式，期能提升口腔癌篩檢效益、早期治療及增進治療效率，降低罹癌風險與減少晚期癌症發生。

二、參與醫療院所資格

特約醫事服務機構辦理本部預防保健服務之口腔黏膜檢查相關業務者：

(一)可辦理本部預防保健服務之口腔黏膜檢查之醫事服務機構。

(二)可辦理本部預防保健服務之口腔黏膜檢查結果為陽性或疑似異常個案進一步確定診斷之醫事服務機構。

三、服務對象

三十歲以上嚼檳榔（含已戒）或吸菸者、十八歲以上嚼檳榔（含已戒）之原住民，經口腔黏膜檢查（二年一次）結果為下列情形之一者：

(一)高癌化異常者：包括疑似口腔癌、口腔內外不明原因腫塊、紅斑、紅白斑、疣狀增生、非均質性白斑、均質性厚白斑。

(二)其他經評估需作切片者：至口腔司審查通過之「確診醫院」或「確診及治療醫院」，由專科醫師評估應切片確診者。

四、服務內容

(一)篩檢結果為疑似異常個案之追蹤管理：由原篩檢醫事服務機構執行。

1. 執行項目：

(1) 對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、口腔切片之準備與注意事項。

(2) 確立診斷之轉介或轉診服務：與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平臺或紙本轉診提供跨院轉診服務。如以紙本開立轉診單者，其相關文件請以電子檔或資料建置留存。

(3) 追蹤並填報個案切片確立診斷結果（含病理診斷）。

2. 追蹤管理結果之填報方式：

依據「確診醫事服務機構」通知之確診結果，填寫「口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單－B.個案複檢（確診）結果」（如附錄 3-1，最新表單請上口腔司網站下載），並上傳至「口腔癌篩檢 VPN 系統」。

3. 執行期限：

(1) 自篩檢日起:

A.三十個日曆天內完成個案轉診，以健保電子轉診平臺或紙本轉診單開單日期為認定標準。

B.六十個日曆天內完成個案切片確立診斷之追蹤。

(2) 自確診醫事服務機構切片確立診斷完成隔日起二十一個日曆天內，完成追蹤管理結果之填報。

(二)提升癌症診斷品質管理：由接受轉診醫事服務機構執行；另為提高個案就醫可近性，請設置就醫綠色通道。

1. 執行項目：

(1) 自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意（含提供原篩檢醫事服務機構確診結果）、切片確診注意事項及切片手術（含術後護理衛教及照護）。

(2) 上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果；如係透過健保電子轉診系統接受轉診之院所，於規範期限內以該系統回復予原篩檢院所為原則。

2. 確立診斷：完成切片確診並上傳病理診斷結果。

3. 上傳報告：上傳「口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單－口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果」(含病理診斷結果，如附錄4，最新表單請上口腔司網站下載）至「口腔癌篩檢與追蹤系統」。

4. 執行期限：

(1) 自篩檢日起六十個日曆天內，完成切片確診。

(2) 自切片確立診斷隔日起二十一個日曆天內，完成上傳報告（含病理診斷結果 。

(3) 自切片確立診斷隔日起二十一個日曆天內，通知原篩檢醫事服務機構個案確立診斷結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，應於期限內通知原篩檢單位。

五、給付項目及支付標準

(一)醫事服務機構應對個案提供符合本服務內容後，始得申報本標準診療項目。

(二)每一個案應有「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」二項申報編號者，方得分別支付「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」。

(三)每一個案同一週期，不得重複申報：符合執行期限內首筆完成追蹤管理結果及確診報告上傳者。

六、費用申報、核付與申復

(一)口腔黏膜檢查疑似異常個案追蹤及確診服務所訂之各項給付費用，如與其他公務預算支應之計畫，屬同一事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。經查證有重複之情事，不予受理費用申請或追回已核發之款項。

(二)費用申報

1. 特約醫事服務機構門診醫療服務點數之清單段欄位填報：

(1) 案件分類填報「A3」，特定治療項目代號依癌別填報如下：口腔癌申報 P7702C、P7703C 者，填報「HP:口腔癌追蹤管理」；申報 P7710B 者，填報「HQ:口腔癌診斷品質管理」。

(2) 就醫序號：填報「ICC4」。

(3) 部分負擔代號：填報「009(其他規定免部分負擔者)」。

2. 特約醫事服務機構門診醫療服務點數之醫令段欄位填報：

(1) 申報 P7702C、P7703C，醫令類別填報「G」，支付點數填報「0」，「執行時間」填報「篩檢日期」。

(2) 申報 P7710B，醫令類別填報「G」，支付點數填報「0」，「執行時間」填報「確診及處置執行日期」。

(三)費用核付、申復

1. 費用核付：由健保署定期提供院所申報資料予口腔司，依院所服務內容實際執行情形予以核定，健保署依口腔司每季函送核付清冊，代為撥付費用予特約醫事服務機構。

編號	申報項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	核付費用（新臺幣）
	口腔癌追蹤管理					
P7702C	--高癌化初篩異常者	V	V	V	V	800
P7703C	--其他經評估須作切片者	V	V	V	V	400
	註：由原篩檢醫事服務機構申報					
	口腔癌診斷品質管理					
P7710B	--口腔癌_切片確診		V	V	V	1,700

2. 費用申復：院所辦理申復，由健保署分區業務組轉由口腔司複查並回復。

【附錄 3-1】

衛生福利部口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單

（113年11月修訂）

第一聯：存檢查醫療機構

篩檢補助對象：30歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣之民眾、18歲以上未滿30歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民，每2年1次。

支付方式：□❶預防保健；□❸健保醫療給付；□❹其他公務預算補助；□❺自費健康檢查；□❾其他。

篩檢地點：□❶社區或職場設站篩檢；□❷醫療院所。

檢查醫師科別：□❶牙科；□❷耳鼻喉頭頸外科；□❸經衛生福利部核可之其他科別專科醫師/專案許可之西醫師。

A:基本資料 (受檢者自填)　原住民:□是 □否

姓名：＿＿＿＿＿＿　性別：□男 □女

出生日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日

身分證統一編號

統一證號(外籍): ——————————

聯絡電話：(　) ＿＿＿＿＿＿

手機：＿＿＿＿＿＿＿＿

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：——————)

縣	鄉鎮	村	路
市	市區	里	(街)
段	巷	弄	號　樓

教育：□❶無；□❷小學；□❸國(初)中；□❹高中(職)；□❺專科、大學；□❻研究所以上；□❼拒答

菸檳習慣

1.嚼檳榔習慣:

□❶無；

□❶已戒；

□❷嚼10年以下，每天少於20顆；

□❸嚼10年以下，每天20顆及以上；

□❹嚼超過10年，每天少於20顆；

□❺嚼超過10年，每天20顆及以上。

2.吸菸習慣：

□❶無；

□❶已戒；

□❷吸10年以下，每天少於20支；

□❸吸10年以下，每天20支及以上；

□❹吸超過10年，每天少於20支；

□❺吸超過10年，每天20支及以上。

有無症狀

自覺口腔黏膜有無異常症狀?如異常顏色斑塊、口腔黏膜疼痛、難癒合之潰瘍及腫塊症狀□❶無；□❶有

*本人同意接受口腔黏膜檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用。

確認以上資料及菸檳習慣資料正確無誤：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（簽名）

口腔黏膜檢查情形（初檢醫師填寫）

1.檢查醫療院所名稱及代碼：＿＿＿＿＿＿＿＿

門診日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日。

2.檢查結果：

□❶未發現以下需轉介之異常；

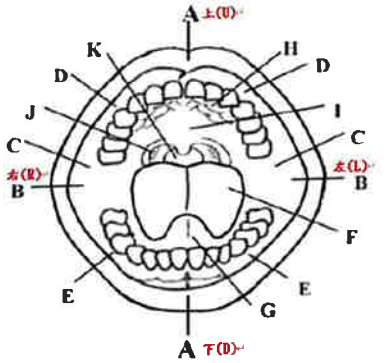
需轉介，轉介原因（單選；或同時出現兩種(含)以上原因，請將轉介**原因代碼標示於口腔黏膜初檢異常部位標示圖**並勾選編碼較小者）

□❶疑似口腔癌；□❷口腔內外不明原因之持續性腫塊；□❸紅斑；□❹紅白斑；□❺疣狀增生；□⑪非均質性白斑；□⑫均質性厚白斑；□⑬均質性薄白斑；□⑯口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)□❽約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛；

□❾扁平苔癬；□❿口腔黏膜不正常，但診斷未明；

□❾❾其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。

口腔黏膜初檢異常部位標示圖



AU/AD:口唇
BR/BL:頰黏膜
CR/CL:臼齒後三角區
DR/DL:上牙齦/齒槽黏膜
ER/EL:下牙齦/齒槽黏膜
FR/FL:舌
GR/GL:口底黏膜
HR/HL:硬腭
IR/ IL:軟腭
JR/JL:扁桃體
KR/KL:口咽後壁黏膜
L:其他
MR/ML:頸部腫塊

檢查醫師簽名或(蓋章)：＿＿＿＿＿＿

醫師執業執照號碼：＿＿＿＿＿＿

註:預防保健口腔黏膜檢查確認診斷及治療醫院查詢：請至衛生福利部網站/本部各單位及所屬機關/口腔健康司/醫療保健/預防保健/口腔癌確認診斷及治療醫院名單

初篩疑似異常個案轉診單(建議轉介確認診斷醫院科別：口腔顎面外科、耳鼻喉頭頸外科、口腔病理科、一般病理科)

1.前項檢查疑似異常個案轉至＿＿＿＿＿＿醫院接受確診

2.轉診醫師：＿＿＿＿＿＿，聯絡電話：＿＿＿＿＿＿

B:個案複檢(確診)結果（由篩檢單位依據確診單位通知之確診結果後填寫）

1.前項檢查疑似異常個案於檢查後**2個月內**有沒有接受後續複檢(確診)？□❶沒有；□❶有。

2.沒有接受複檢(確診)理由為：□❶無法聯繫；□❷出國；□❸搬家；□❹死亡；□❺拒做；□❻其他＿＿＿

3. 複檢（確診）醫院名稱及代碼：＿＿＿＿＿＿＿＿

複檢（確診）日期：民國＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

4.病理切片：□❶無；□❶有。

5.診斷結果：

經臨床診斷（複檢）為非口腔癌之其他口腔病變：

□⓪⓪無明顯異常

□⑳疑似口腔癌；

□⑫紅斑；

□⑬紅白斑；

□⑧非均質性白斑；□⑨均質性厚白斑；

□⑩均質性薄白斑；

□⑭疣狀增生；□⑮口腔黏膜下纖維化症；

□⑯扁平苔癬或類扁平苔癬反應；

□⑨⑨其他：＿＿＿＿＿＿＿＿。

經病理診斷(確診)為：

□㉑口腔癌；

□㉒上皮變異（□㉓輕度□㉔中度□㉕重度）；

□⑨⑨其他：＿＿＿＿＿＿＿＿。

6. 治療:

□❶無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入

□❶有做手術、放療、化療或其他治療，

治療醫院名稱及代碼：＿＿＿＿＿＿＿＿

□❷個案拒絕治療，理由＿＿＿＿＿＿＿＿

衛生福利部口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單

（113年11月修訂）

第二聯：存確診及治療醫院

篩檢補助對象：30歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣之民眾、18歲以上未滿30歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民，每2年1次。

支付方式：□❶預防保健；□❸健保醫療給付；□❹其他公務預算補助；□❺自費健康檢查；□❾其他。

篩檢地點：□❶社區或職場設站篩檢；□❷醫療院所。

檢查醫師科別：□❶牙科；□❷耳鼻喉頭頸外科；□❸經衛生福利部核可之其他科別專科醫師/專案許可之西醫師。

A:基本資料 (受檢者自填)　原住民:□是 □否

姓名：＿＿＿＿＿＿　性別：□男 □女

出生日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日

身分證統一編號

統一證號(外籍): ——————————

聯絡電話：(　) ＿＿＿＿＿＿

手機：＿＿＿＿＿＿＿＿

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：——————)

縣	鄉鎮	村	路
市	市區	里	(街)
段	巷	弄	號　樓

教育：□❶無；□❷小學；□❸國(初)中；□❹高中(職)；□❺專科、大學；□❻研究所以上；□❼拒答

菸檳習慣

1.嚼檳榔習慣:

□❶無；

□❶已戒；

□❷嚼10年以下，每天少於20顆；

□❸嚼10年以下，每天20顆及以上；

□❹嚼超過10年，每天少於20顆；

□❺嚼超過10年，每天20顆及以上。

2.吸菸習慣：

□❶無；

□❶已戒；

□❷吸10年以下，每天少於20支；

□❸吸10年以下，每天20支及以上；

□❹吸超過10年，每天少於20支；

□❺吸超過10年，每天20支及以上。

有無症狀

自覺口腔黏膜有無異常症狀?如異常顏色斑塊、口腔黏膜疼痛、難癒合之潰瘍及腫塊症狀□❶無；□❶有

*本人同意接受口腔黏膜檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用。

確認以上資料及菸檳習慣資料正確無誤：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（簽名）

口腔黏膜檢查情形（初檢醫師填寫）

1.檢查醫療院所名稱及代碼：＿＿＿＿＿＿

門診日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日。

2.檢查結果：＿＿＿＿＿＿

□❶未發現以下需轉介之異常；

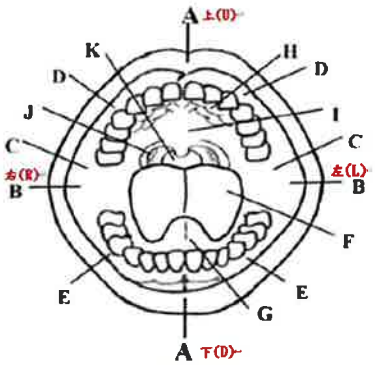
需轉介，轉介原因（單選；或同時出現兩種(含)以上原因，請將轉介**原因代碼標示於口腔黏膜初檢異常部位標示圖**並勾選**編碼較小**者）

□❶疑似口腔癌；□❷口腔內外不明原因之持續性腫塊；□❸紅斑；□❹紅白斑；□❺疣狀增生；□⑪非均質性白斑；□⑫均質性厚白斑；□⑬均質性薄白斑；□⑯口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)□❽約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛；

□❾扁平苔癬；□❿口腔黏膜不正常，但診斷未明；

□❾❾其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。

口腔黏膜初檢異常部位標示圖



AU/AD:口唇
BR/BL:頰黏膜
CR/CL:白齒後三角區
DR/DL:上牙齦/齒槽黏膜
ER/EL:下牙齦/齒槽黏膜
FR/FL:舌
GR/GL:口底黏膜
HR/HL:硬腭
IR/ IL:軟腭
JR/JL:扁桃體
KR/KL:口咽後壁黏膜
L:其他
MR/ML:頸部腫塊

檢查醫師簽名或(蓋章)：＿＿＿＿＿＿

醫師執業執照號碼：＿＿＿＿＿＿

註:預防保健口腔黏膜檢查確認診斷及治療醫院查詢：請至衛生福利部網站/本部各單位及所屬機關/口腔健康司/醫療保健/預防保健/口腔癌確認診斷及治療醫院名單

初篩疑似異常個案轉診單(建議轉介確認診斷醫院科別：口腔頜面外科、耳鼻喉頭頸外科、口腔病理科、一般病理科)

1.前項檢查疑似異常個案轉至＿＿＿＿醫院接受確診

2.轉診醫師：＿＿＿＿＿＿，聯絡電話：＿＿＿＿＿＿

B:個案複檢(確診)結果（由篩檢單位依據確診單位通知之確診結果後填寫）

1.前項檢查疑似異常個案於檢查後**2個月內**有沒有接受後續複檢(確診)？□❶沒有；□❶有。

2.沒有接受複檢(確診)理由為：□❶無法聯繫；□❷出國；□❸搬家；□❹死亡；□❺拒做；□❻其他＿＿

3. 複檢（確診）醫院名稱及代碼：＿＿＿＿＿＿

複檢（確診）日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日

4.病理切片：□❶無；□❶有。

5.診斷結果：

經臨床診斷（複檢）為非口腔癌之其他口腔病變：

□⑩無明顯異常

□⑳疑似口腔癌；

□⑫紅斑；

□⑬紅白斑；

□⑱非均質性白斑；□⑲均質性厚白斑；

□⑩均質性薄白斑；

□⑭疣狀增生；□⑮口腔黏膜下纖維化症；

□⑯扁平苔癬或類扁平苔癬反應；

□⑨⑨其他：＿＿＿＿＿＿。

經病理診斷(確診)為：

□㉑口腔癌；

□㉒上皮變異（□㉓輕度□㉔中度□㉕重度）；

□⑨⑨其他：＿＿＿＿＿＿。

6. 治療:

□❶無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入

□❶有做手術、放療、化療或其他治療，治療醫院名稱及代碼：＿＿＿＿＿＿

□❷個案拒絕治療，理由＿＿＿＿＿＿

【附錄 3-2】

衛生福利部十八歲以上至未滿三十歲具原住民身分且有嚼（戒）檳榔行為之口腔黏膜檢查服務聲明書

立聲明書人　　（以下簡稱本人），

因為　　之原因，故無法出具原住民證明相關文件，茲證明我具原住民身分且有嚼（戒）檳榔行為，

本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名：　　（簽名或蓋章）

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：

中 華 民 國　　年　　月　　日

備註：本資料請醫療院所留存於病歷中。

【附錄 3-3】

衛生福利部口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項：

一、申報檢查結果資料或確診追蹤資料電子檔，其檔案第一筆必須按【表一】格式輸入醫事機構聯絡資料，俾利回復資料檢核結果，第二筆以後資料則按【表二】或【表三】格式輸入個案之檢查結果資料或確診結果。

二、格式欄位 V 為必填、△為非必填或條件限制下必填；

三、英數文字請使用英數半型字元輸入，請勿使用全型數字字元（如：１２３４５６７８９０）。

四、一個中文字算一個 byte。文件請用 ANSI 格式匯出。

表一、醫療機構聯絡資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	醫事機構代碼	文字	10	V	健保署特約醫事機構代碼
2	聯絡人姓名	文字	10	V	
3	聯絡人電話	文字	20	V	電話區號以括號表示；分機以#表示，如：(02)34567890#123
4	回復報告的電子信箱	文字	50	△	必須填寫正確電子信箱格式，如：test@email.com.tw
第一筆資料總長度			90		

表二、檢查結果資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備 註
1	支付方式	文字	1	V	1：預防保健； 3：健保醫療給付； 4：其他公務預算補助； 5：自費健康檢查 9：其他
2	篩檢地點	文字	1	V	1：社區或職場設站篩檢； 2：醫療院所。
3	檢查醫師科別	文字	1	V	1：牙科； 2：耳鼻喉頭頸外科； 3：經衛生福利部核可之其他科別專科醫師/專案許可之西醫師。
4	醫令代碼	文字	2	V	95：30歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者； 97：18歲以上至未滿30歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民。
5	姓名	文字	10	V	以10個字元為上限，外國名亦同
6	性別	文字	1	V	1：男；2：女。
7	出生日期	文字	7	V	YYYMMDD，例如38年2月1日鍵入0380201
8	原住民	文字	1	V	1：是；2：否。
9	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受5~10碼，大寫半型英數字元。如：A123456789
10	聯絡電話	文字	20	△	電話區號以括號表示；分機以#表示，如：(02)34567890#123
11	手機	文字	10	△	聯絡電話與手機擇一必填。

12	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼4碼，非郵遞區號。 （請參考最新版鄉鎮市區代碼對照表）
13	地址	文字	60	V	
14	教育	文字	1	V	1：無 2：小學 3：國（初）中 4：高中（職） 5：專科、大學 6：研究所以上 7：拒答。
15	嚼檳榔	文字	1	V	0：無 1：已戒 2：嚼10年以下，每天少於20顆 3：嚼10年以下，每天20顆及以上 4：嚼超過10年，每天少於20顆 5：嚼超過10年，每天20顆及以上
16	吸菸	文字	1	V	0：無 1：已戒 2：吸10年以下，每天少於20支 3：吸10年以下，每天20支及以上 4：吸超過10年，每天少於20支 5：吸超過10年，每天20支及以上
17	有無症狀	文字	1	V	0：無 1：有
18	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	必須和上傳的醫療院所代碼相同
19	門診日期	文字	7	V	YYYMMDD，例如99年2月1日鍵入0990201，服務對象看診日期
20	檢查結果	文字	2	V	0：未發現以下需轉介之異常； 1：疑似口腔癌； 2：口腔內外不明原因之持續性腫塊； 3：紅斑； 4：紅白斑； 5：疣狀增生； 71：非均質性白斑 72：均質性厚白斑 73：均質性薄白斑 76：口腔黏膜下纖維化症 8：約兩星期仍不癒之口腔潰爛/糜爛； 9：扁平苔蘚； 10：口腔黏膜不正常，但診斷未明； 99：其他。
21	檢查結果-其他敘述	文字	40	△	檢查結果選「99：其他」時，此欄為必填

22	檢查結果部位	文字	75	△	若檢查結果為0以外之代碼，口腔黏膜初檢 異常部位編碼為必填（可複選，請以逗號分隔）。 AU：口唇(上) AD：口唇(下) BR：頰黏膜(右) BL：頰黏膜(左) CR：臼齒後三角區(右) CL：臼齒後三角區(左) DR：上牙齦/齒槽黏膜(右) DL：上牙齦/齒槽黏膜(左) ER：下牙齦/齒槽黏膜(右) EL：下牙齦/齒槽黏膜(左) FR：舌(右) FL：舌(左) GR：口底黏膜(右) GL：口底黏膜(左) HR：硬腭(右) HL：硬腭(左) IR：軟腭(右) IL：軟腭(左) JR：扁桃體(右) JL：扁桃體(左) KR：口咽後壁黏膜(右) KL：口咽後壁黏膜(左) L：其他 MR：頸部腫塊(右) ML：頸部腫塊(左)
23	檢查結果部位-其他敘述	文字	40	△	檢查結果部位選「L：其他」時，此欄為必填
24	前項檢查疑似異常個案轉至醫院代碼	文字	10	△	健保署特約醫事機構代碼（一律為10碼） 20檢查結果為「0」，不可匯入確診 **無資料時請以10個字元的空白代替**
25	前項檢查疑似異常個案轉診醫院電話	文字	20	△	電話區號以括號表示；分機以#表示，如：(02)34567890#123 **無資料時請以20個字元的空白代替**
26	醫師執業執照號碼	文字	10	V	轄區衛生局核發之醫師執業執照號碼（身分證字號），大寫半型英數字元。如：A123456789
每筆資料總長度			**346**		

表三、確診追蹤資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備 註
1	確診個案姓名	文字	10	V	
2	確診個案出生日期	文字	7	V	YYYMMDD，例如38年2月1日鍵入0380201
3	確診個案身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受5~10碼，大寫半型英數字元，如：A123456789。與表二序號9身分證統一編號或統一證號相同。
4	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	與表二的序號18檢查醫療院所代碼相同。
5	門診日期	文字	7	V	YYYMMDD，例如99年2月1日鍵入0990201 與表二的序號19門診日期相同。
6	保留欄位	文字	2	V	本保留欄位原為醫令代碼。請以2個字元的空白代替。
7	疑似異常個案二個月內後續確診	文字	1	V	0：沒有 1：有
8	沒有接受確診理由	文字	1	△	1：無法聯繫 2：出國 3：搬家 4：死亡 5：拒做 6：其他 若7：疑似異常個案後續確診為「0：沒有」時必填。
9	沒有接受確診理由-其他敘述	文字	50	△	若8：沒有接受確診理由為「6：其他」時必填。
10	複檢(確診)醫院代碼	文字	10	△	若7：疑似異常個案後續確診為「1：有」時，此欄必填。健保署特約醫事機構代碼（一律為10碼）
11	複檢(確診)日期	文字	7	△	YYYMMDD，例如99年3月1日鍵入0990301 若7：疑似異常個案後續確診為「1：有」時，此欄必填。
12	病理切片	文字	1	△	0：無；1：有。 若11：複檢(確診)日期有填寫時，此欄必填。
13	臨床診斷（複檢）結果-非口腔癌之其他病變	文字	2	△	00：無明顯異常； 08：非均質性白斑 09：均質性厚白斑 10：均質性薄白斑 12：紅斑； 13：紅白斑； 14：疣狀增生； 15：口腔黏膜纖維化； 16：扁平苔蘚或類扁平苔癬反應； 20：疑似口腔癌 99：其他 若11：複檢(確診)日期有填寫時，此欄必填。

14	臨床診斷（複檢）結果-非口腔癌之其他病變-其他敘述	文字	40	△	（臨床診斷（複檢）結果-非口腔癌之其他病變選「99：其他」時，此欄為必填）
15	經病理診斷（確診）結果-病理診斷	文字	2	△	21：口腔癌； 22：上皮變異； 23：輕度上皮變異； 24：中度上皮變異； 25：重度上皮變異； 99：其他。 若12之病理切片為「1有」時為必填。
16	經病理診斷（確診）結果-病理診斷-其他敘述	文字	40	△	經15病理診斷（確診）結果-病理診斷選「99：其他」時，此欄為必填
17	治療	文字	1	△	0：無； 1：有； 2：個案拒絕治療。 若11：複檢 (確診)日期有填寫時，13診斷(確診)結果非「00：正常」時，此欄必填。 若11：複檢 (確診)日期有填寫時，且15診斷（確診） 結果非空白時，此欄必填。
18	治療醫院代碼	文字	10	△	若17：治療為「1有」時必填。 疑似異常個案後續確診為「0沒有」時非必填。
每筆資料總長度			211		

表四、口腔篩檢刪除資料 OralA Del

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備 註
1	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受5~10碼，大寫半型英數字元，如：A123456789。
2	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	檢查醫療院所代碼
3	門診日期	文字	7	V	YYYMMDD，例如99年2月1日鍵入0990201
每筆資料總長度			27		

表五、口腔篩檢刪除資料 OralB Del

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備 註
1	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受5~10碼，大寫半型英數字元，如：A123456789。
2	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	檢查醫療院所代碼
3	門診日期	文字	7	V	YYYMMDD，例如99年2月1日鍵入0990201
每筆資料總長度			27		

上述表四及表五的刪除欄位均相同，取決於檔案命名方式來判斷是要刪除 OralA 還是 OralB

Txt 檔產出規則

一、口腔檢查結果：每筆資料均為固定長度，共26個欄位／346字元（中英文均各視為單一字元），均採向左靠齊，不足以空白填補。

二、口腔確診追蹤：每筆資料均為固定長度，共18個欄位／211字元（中英文均各視為單一字元），均採向左靠齊，不足以空白填補。

三、產生 txt 的命名規則為：OralA 檢驗單位健保代碼_5碼.txt

如：OralA3831040864_10101.txt

上傳檔案名稱命名範例—

口腔檢查結果匯入檔名稱：OralA3831040864_10101.txt

口腔檢查結果匯入檔名稱（刪除用）：OralA3831040864_10101_Del.txt

口腔確診追蹤匯入檔名稱：OralB3831040864_10101.txt

口腔確診追蹤匯入檔名稱（刪除用）：OralB3831040864_10101_Del.txt

檔名亦可如下方式命名為：

例如，口腔黏膜篩檢匯入檔名稱：OralA3831040864_101A1.txt

上述檔案的「_」後面只要5碼即可，文字數字皆可接受。