【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

（115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；

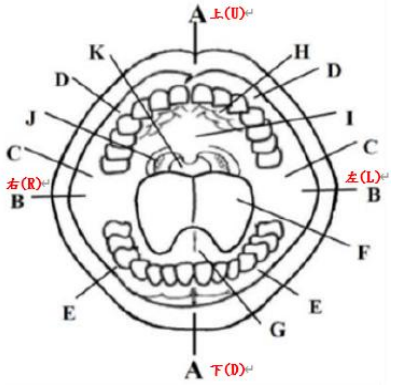
需轉介，轉介原因（單選；或同時出現兩種(含)以上原因，請將轉介**原因代碼標示於口腔黏膜初檢異常部位標示圖**並勾選**編碼較小**者）

□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；

□⑲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：_____

初篩疑似異常個案轉介單(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.轉介日期：民國____年____月____日

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

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；

□⑲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）；

□⑲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 （115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；

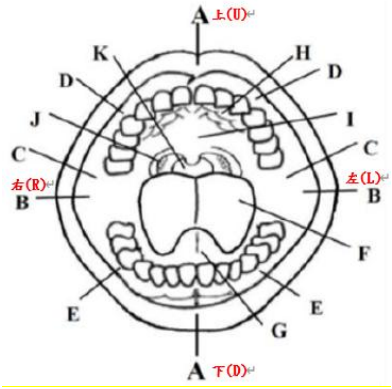
需轉介，轉介原因（單選；或同時出現兩種(含)以上原因，請將轉介**原因代碼標示於口腔黏膜初檢異常部位標示圖**並勾選**編碼較小**者）

□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: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：_____

初篩疑似異常個案轉介單(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.轉介日期：民國____年____月____日

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

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；

□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_____