

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

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：☐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；☐⑥其他。

篩檢地點：☐①社區或職場設站篩檢；☐②醫療院所。

檢查醫師科別：☐①牙科；☐②耳鼻喉科；☐③經健康署核可之其他科別專科醫師。

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：☐①無；☐②小學；☐③國(初)中；☐④高中(職)；☐⑤專科、大學；☐⑥研究所以以上；☐⑦拒答**菸檳習慣**

1. 嚼檳榔習慣：

- ☐①無；
☐②已戒；
☐③嚼 10 年以下，每天少於 20 顆；
☐④嚼 10 年以下，每天 20 顆及以上；
☐⑤嚼超過 10 年，每天少於 20 顆；
☐⑥嚼超過 10 年，每天 20 顆及以上。

2. 吸菸習慣：

- ☐①無；
☐②已戒；
☐③吸 10 年以下，每天少於 20 支；
☐④吸 10 年以下，每天 20 支及以上；
☐⑤吸超過 10 年，每天少於 20 支；
☐⑥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 ☐①無；☐②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，並確認以上菸檳習慣正確無誤：_____ (簽名)

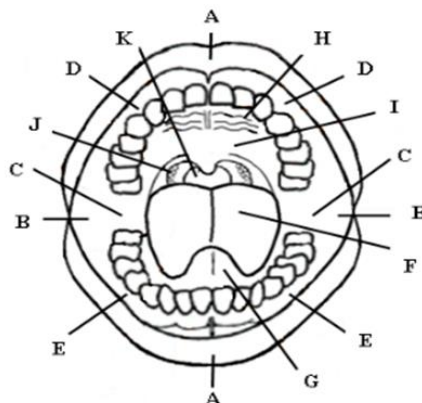
口腔黏膜檢查情形 (初檢醫師填寫)

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：

- ☐①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 2 種以上原因，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)
- ☐②疑似口腔癌；☐③口腔內外不明原因之持續性腫塊；☐④紅斑；☐⑤紅白斑；☐⑥疣狀增生；☐⑦非均質性白斑；☐⑧均質性厚白斑；☐⑨均質性薄白斑；☐⑩口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)；☐⑪約 2 星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛；☐⑫扁平苔癬；☐⑬口腔黏膜不正常，但診斷未明；☐⑭其他：_____。

口腔黏膜初檢異常部位標示圖

A: 口唇
 B: 頰黏膜
 C: 白齒後三角區
 D: 上牙齦/齒槽黏膜
 E: 下牙齦/齒槽黏膜
 F: 舌
 G: 口底黏膜
 H: 硬腭
 I: 軟腭
 J: 扁桃體
 K: 口咽後壁黏膜
 L: 其他 _____

檢查醫師簽名或(蓋章)：_____

醫師執業執照號碼：_____

初篩陽性個案轉診單

(建議轉介確診醫院科別：口腔顎面外科、耳鼻喉科、口腔病理科、一般病理科)

1. 前項檢查陽性個案轉至 _____ 醫院接受確診
 2. 轉診醫師：_____，聯絡電話：_____

B: 個案確診結果 (由複檢醫療院所執行確診個案後填寫)

1. 前項檢查陽性個案於檢查後 2 個月內有沒有接受後續確診？☐①沒有；☐②有。
 2. 沒有接受確診理由為：☐③無法聯繫；☐④出國；☐⑤搬家；☐⑥死亡；☐⑦拒做；☐⑧其他 _____
 3. 確診(複檢)醫院名稱及代碼：_____，
 確診(複檢)日期：民國_____年_____月_____日
 4. 病理切片：☐①無；☐②有。
 5. 診斷結果：☐③無明顯異常，
 經臨床診斷(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變(如可區分白斑型態，請優先勾選⑧⑨⑩)：

- ☐⑪疑似口腔癌；
☐⑫紅斑；
☐⑬紅白斑；
☐⑭白斑；
☐⑮非均質性白斑；
☐⑯均質性厚白斑；
☐⑰均質性薄白斑；
☐⑱疣狀增生；
☐⑲口腔黏膜下纖維化症；
☐⑳扁平苔癬；
☐㉑其他：_____。

經病理診斷(確診)為：

- ☐㉒口腔癌；
☐㉓上皮變異 (☐㉔輕度☐㉕中度☐㉖重度)；
☐㉗其他：_____

6. 治療：

- ☐㉘無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入
☐㉙有做手術、放療、化療或其他治療，治療醫院名稱及代碼 _____。
☐㉚個案拒絕治療，理由 _____。

健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單

(111 年 3 月修訂)

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

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：☐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；☐⑥其他。
 篩檢地點：☐①社區或職場設站篩檢；☐②醫療院所。
 檢查醫師科別：☐①牙科；☐②耳鼻喉科；☐③經健康署核可之其他科別專科醫師。

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：☐①無；☐②小學；☐③國(初)中；☐④高中(職)；☐⑤專科、大學；☐⑥研究所以以上；☐⑦拒答

菸檳習慣

1. 嚼檳榔習慣：

- ☐①無；
☐②已戒；
☐③嚼 10 年以下，每天少於 20 顆；
☐④嚼 10 年以下，每天 20 顆及以上；
☐⑤嚼超過 10 年，每天少於 20 顆；
☐⑥嚼超過 10 年，每天 20 顆及以上。

2. 吸菸習慣：

- ☐①無；
☐②已戒；
☐③吸 10 年以下，每天少於 20 支；
☐④吸 10 年以下，每天 20 支及以上；
☐⑤吸超過 10 年，每天少於 20 支；
☐⑥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☐①無；☐②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，並確認以上菸檳習慣正確無誤：_____ (簽名)

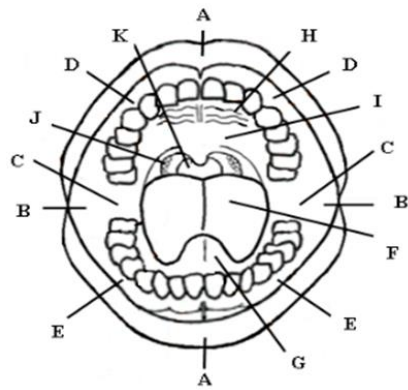
口腔黏膜檢查情形 (初檢醫師填寫)

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：

- ☐①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 2 種以上原因，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)
☐②疑似口腔癌；☐③口腔內外不明原因之持續性腫塊；☐④紅斑；☐⑤紅白斑；☐⑥疣狀增生；☐⑦非均質性白斑；☐⑧均質性厚白斑；☐⑨均質性薄白斑；☐⑩口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)；
☐⑪約 2 星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛；
☐⑫扁平苔癬；☐⑬口腔黏膜不正常，但診斷未明；
☐⑭其他：_____。

口腔黏膜初檢異常部位標示圖



A: 口唇
 B: 頰黏膜
 C: 白齒後三角區
 D: 上牙齦/齒槽黏膜
 E: 下牙齦/齒槽黏膜
 F: 舌
 G: 口底黏膜
 H: 硬腭
 I: 軟腭
 J: 扁桃體
 K: 口咽後壁黏膜
 L: 其他 _____

檢查醫師簽名或(蓋章)：_____

醫師執業執照號碼：_____

初篩陽性個案轉診單

(建議轉介確診醫院科別：口腔顎面外科、耳鼻喉科、口腔病理科、一般病理科)

1. 前項檢查陽性個案轉至 _____ 醫院接受確診
 2. 轉診醫師：_____, 聯絡電話：_____

B: 個案確診結果 (由複檢醫療院所執行確診個案後填寫)

1. 前項檢查陽性個案於檢查後 2 個月內有沒有接受後續確診？☐①沒有；☐②有。
 2. 沒有接受確診理由為：☐①無法聯繫；☐②出國；☐③搬家；☐④死亡；☐⑤拒做；☐⑥其他_____
 3. 確診(複檢)醫院名稱及代碼：_____,
 確診(複檢)日期：民國_____年_____月_____日
 4. 病理切片：☐①無；☐②有。
 5. 診斷結果：☐①無明顯異常，
 經臨床診斷(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變(如可區分白斑型態，請優先勾選⑧⑨⑩)：

- ☐⑧疑似口腔癌；
☐⑨紅斑；
☐⑩紅白斑；
☐⑪白斑；
☐⑫非均質性白斑；
☐⑬均質性厚白斑；
☐⑭均質性薄白斑；
☐⑮疣狀增生；
☐⑯口腔黏膜下纖維化症；
☐⑰扁平苔癬；
☐⑱其他：_____。

經病理診斷(確診)為：

- ☐①口腔癌；
☐②上皮變異 (☐③輕度☐④中度☐⑤重度)；
☐⑥其他：_____

6. 治療：

- ☐①無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入
☐②有做手術、放療、化療或其他治療，治療醫院名稱及代碼_____
☐③個案拒絕治療，理由_____。