

【附表九】

國民健康署口腔黏膜檢查表

106年4月修訂

注意事項：【本檢查經費由衛生福利部國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應】

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。

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）

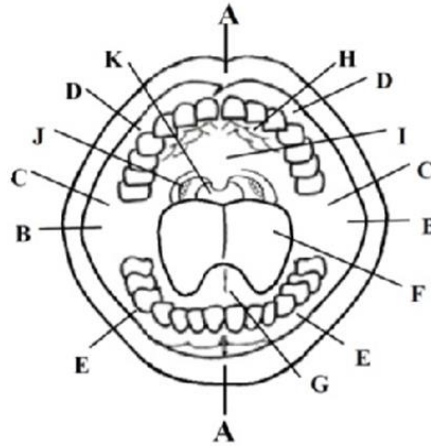
1.檢查醫療院所名稱及代碼：_____

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）
☐②疑似口腔癌；☐③紅斑；☐④紅白斑；☐⑦非均質性白斑；☐⑧均質性厚白斑；☐⑨均質性薄白斑；
☐②口腔內外不明原因之持續性腫塊；☐⑤疣狀增生；
☐⑦口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)；
☐⑧約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛；
☐⑨扁平苔癬；☐⑩口腔黏膜不正常，但診斷未明；
☐⑨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
 E:下牙齦
 F:舌
 G:口底黏膜
 H:硬顎
 I:軟顎
 J:扁桃腺
 K:咽壁黏膜
 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：_____

個案確診結果（由複檢醫療院所詢問個案後填寫）

- 1.前項檢查陽性個案於檢查後兩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)：

- ☐②疑似口腔癌；
☐③紅斑；
☐④紅白斑；
☐⑦白斑；
☐⑧非均質性白斑；
☐⑨均質性厚白斑；
☐⑩均質性薄白斑；
☐⑪疣狀增生；
☐⑫口腔黏膜下纖維化症；
☐⑬扁平苔癬；
☐⑨其他：_____。

經病理診斷(確診)為：

- ☐②口腔癌；
☐③上皮變異(☐③輕度 ☐④中度 ☐⑤重度)；
☐⑨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 _____。

國民健康署口腔黏膜檢查表

106年4月修訂

注意事項：【本檢查經費由衛生福利部國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應】

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。

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)

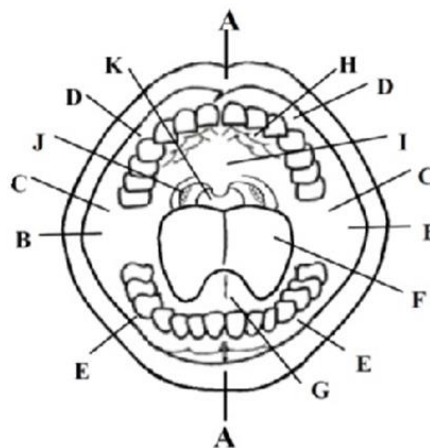
1.檢查醫療院所名稱及代碼：_____

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）
☐②疑似口腔癌；☐③紅斑；☐④紅白斑；☐⑦非均質性白斑；☐⑧均質性厚白斑；☐⑨均質性薄白斑；
☐⑩口腔內外不明原因之持續性腫塊；☐⑪疣狀增生；
☐⑫口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)；
☐⑬約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛；
☐⑭扁平苔癬；
☐⑮口腔黏膜不正常，但診斷未明；
☐⑯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
E:下牙齦
F:舌
G:口底黏膜
H:硬顎
I:軟顎
J:扁桃腺
K:口咽壁黏膜
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：_____

個案確診結果 (由複檢醫療院所詢問個案後填寫)

- 1.前項檢查陽性個案於檢查後兩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：

- ☐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 _____。