

【附表九】

國民健康局 口腔黏膜檢查表

注意事項：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康局（新北市新莊區長青街2號），註明姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知視為同意。【本檢查由菸品健康福利捐補助】

支付方式：①預防保健；②非預防保健。
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經本署認可之其他科醫師。

第一聯：存檢查醫療機構

基本資料

姓名：_____ 性別：男 女 出生日期：____年____月____日 原住民：是 否

身份證字號：□□□□□□□□□□ 聯絡電話：() _____
護照號碼(外籍人士)：□□□□□□□□□□ 手機：_____

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：□□□□)
縣 市 鄉 鎮 村 路 段 巷 號
市 區 鎮 里 街 弄 樓

健康行為

- 1. 嚼檳榔：①無；②已戒；③嚼10年以下，每天少於20顆；④嚼10年以上，每天20顆以上；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：①無；②已戒；③吸10年以下，每天少於20支；④吸10年以上，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。

本人同意接受口腔黏膜檢查，並確認以上健康行為正確無誤：_____ (簽名)

口腔黏膜檢查情形 (檢查醫療院所填寫)

- 1. 檢查醫療院所名稱及代碼：_____，門診日期：____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；若同時出現兩種(含)以上原因，請勾選編碼較小者。)

- 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 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約兩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：_____

檢查醫師簽名 (蓋章)：_____ 醫師執業執照號碼：_____

陽性個案轉診單

- 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 (由檢查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：_____，確診日期：____年____月____日。
- 4. 病理切片：①無，②有。
- 5. 診斷結果：③正常，

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④⑤⑥)：

- ④非均質性白斑 ⑤均質性厚白斑 ⑥均質性薄白斑 ⑦白斑，
- ⑧紅斑，⑨紅白斑，⑩疣狀增生，⑪口腔黏膜下纖維化症，⑫扁平苔癬，
- ⑬其他_____。

經病理診斷(確診)為：⑭口腔癌；

- ⑮上皮變異 (⑯輕度 ⑰中度 ⑱重度)；
- ⑲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、放療或化療，治療醫院名稱及代碼_____。
- ③個案拒絕治療，理由_____。

國民健康局 口腔黏膜檢查表

注意事項：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康局（新北市新莊區長青街2號），註明姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知視為同意。【本檢查由菸品健康福利捐補助】

支付方式：①預防保健；②非預防保健。

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經本署認可之其他科醫師。

基本資料

姓名：_____ 性別：男 女 出生日期：____年____月____日 原住民：是 否

身份證字號：□□□□□□□□□□
護照號碼(外籍人士)：□□□□□□□□□□

聯絡電話：() _____
手機：_____

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：□□□□)

縣 市 鄉 鎮 村 里 路 街 段 弄 巷 樓 號

健康行為

- 嚼檳榔：①無；②已戒；③嚼10年以下，每天少於20顆；④嚼10年以上，每天20顆以上；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。
- 吸菸：①無；②已戒；③吸10年以下，每天少於20支；④吸10年以上，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。

本人同意接受口腔黏膜檢查，並確認以上健康行為正確無誤：_____ (簽名)

口腔黏膜檢查情形 (檢查醫療院所填寫)

1. 檢查醫療院所名稱及代碼：_____，門診日期：____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；若同時出現兩種(含)以上原因，請勾選編碼較小者。)

- 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約兩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：_____

檢查醫師簽名(蓋章)：_____

醫師執業執照號碼：_____

陽性個案轉診單

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 (由檢查醫療院所詢問個案後填寫)

- 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。
- 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_____。
- 確診(複檢)醫院名稱及代碼：_____，確診日期：____年____月____日。
- 病理切片：⑨無，⑩有。
- 診斷結果：⑪正常，

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⑫⑬⑭)：

- ⑫非均質性白斑 ⑬均質性厚白斑 ⑭均質性薄白斑 ⑮白斑，
⑯紅斑，⑰紅白斑，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：_____。

- 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、放療或化療，治療醫院名稱及代碼_____。
③個案拒絕治療，理由_____。