

【附表九】

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。

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

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

第一聯：存檢查醫療機構

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。

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)：_____ 醫師證號：_____

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_____。

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。

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

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年以下，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。

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)：_____ 醫師證號：_____

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：①無，②有。
- 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⑧⑨⑩)：

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

經病理診斷(確診)為：⑱口腔癌；

⑲上皮變異(⑳輕度 ㉑中度 ㉒重度)；

㉓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_____。