

醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項

一、衛生福利部（以下稱本部）配合全民健康保險預防保健經費改由公務預算支應，預防保健業務由本部國民健康署（以下稱健康署）請本部中央健康保險署（以下稱健保署）協助辦理，為持續提供此項服務，特訂定本注意事項。

二、全民健康保險特約醫事服務機構（以下稱特約醫事服務機構）提供第三點所定對象預防保健服務，有關補助醫療費用之申報與核付作業，應依照本注意事項辦理；本注意事項未規定者，準用全民健康保險相關法令之規定。

三、提供預防保健服務，其補助對象及實施時程如下：

（一）兒童預防保健：

1. 未滿一歲六個月：補助四次。
2. 一歲六個月以上至未滿二歲：補助一次。
3. 二歲以上至未滿三歲：補助一次。
4. 三歲以上至未滿七歲：補助一次。

（二）孕婦產前檢查：

1. 妊娠第一期（未滿十七週）：補助二次。
2. 妊娠第二期（十七週至未滿二十九週）：補助二次。
3. 妊娠第三期（二十九週以後）：補助六次。

（三）婦女子宮頸抹片檢查：三十歲以上，每年補助一次。

（四）婦女乳房攝影檢查：

1. 四十五歲以上至未滿七十歲，每二年補助一次。

2. 四十歲以上至未滿四十五歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女，每二年補助一次。

(五) 定量免疫法糞便潛血檢查：五十歲以上至未滿七十五歲者，每二年補助一次。

(六) 口腔黏膜檢查：

1. 三十歲以上嚼檳榔或吸菸者，每二年補助一次。
2. 十八歲以上至未滿三十歲嚼檳榔之原住民，每二年補助一次。

(七) 兒童牙齒塗氟保健服務：

1. 未滿六歲兒童，每半年補助一次。
2. 未滿十二歲之低收入戶、身心障礙、設籍原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，每三個月補助一次。

(八) 成人預防保健「健康加值」方案：

1. 四十歲以上未滿六十五歲者，每三年補助一次。
2. 六十五歲以上者，每年補助一次。
3. 罹患小兒麻痺且年在三十五歲以上者，每年補助一次。
4. 五十五歲以上原住民，每年補助一次。

四、提供預防保健服務，其補助之項目如下：

(一) 兒童預防保健：

1. 身體檢查：個人及家族病史查詢、身高、體重、聽力、眼睛、口腔檢查、生長發育評估等。
2. 衛教指導：母乳哺育、營養、幼兒發展、口腔保健、

視力保健、事故傷害預防等。

(二) 孕婦產前檢查：

1. 身體檢查：個人及家族病史、個人孕產史查詢、成癮習慣查詢、身高、體重、血壓、胸部、腹部檢查等。
2. 血液檢查及尿液檢查。
3. 超音波檢查：於妊娠第二期提供一次。因特殊情況無法於妊娠第二期檢查者，可改於妊娠第三期提供本項檢查。
4. 衛教指導：孕期生活須知、產前遺傳診斷、營養、生產徵兆、母乳哺育、成癮習慣戒除與轉介等。

(三) 婦女子宮頸抹片檢查：

1. 子宮頸抹片採樣。
2. 骨盆腔檢查。
3. 子宮頸細胞病理檢驗。

(四) 婦女乳房攝影檢查。

(五) 定量免疫法糞便潛血檢查。

(六) 口腔黏膜檢查。

(七) 兒童牙齒塗氟保健服務：

1. 牙醫師專業塗氟服務。
2. 一般性口腔檢查。
3. 衛教指導：使用適量氟化物、定期口腔檢查、餐後潔牙、健康飲食等。

(八) 成人預防保健「健康加值」方案：

1. 身體檢查：一般理學檢查、身高、體重、血壓、身體質量指數、腰圍。
2. 實驗室檢查：生化檢查及尿液蛋白質檢查。
3. 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。

五、各類預防保健服務補助金額如附表一。

六、特約醫事服務機構符合下列資格條件，始得申請辦理預防保健服務：

- (一) 申請辦理兒童預防保健者，應有登記執業之小兒科或家庭醫學科專科醫師。
- (二) 申請辦理孕婦產前檢查者，應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師；如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員。申請辦理產前檢查母乳衛教指導者，應為通過健康署資格審查之母嬰親善醫療機構。
- (三) 申請辦理子宮頸抹片採樣者，應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師；在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科或家庭醫學科之醫師，須先完成健康署核可之子宮頸抹片採樣訓練；如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員。
- (四) 申請辦理子宮頸細胞病理檢驗者，應通過健康署子宮頸細胞病理診斷單位資格審查。

- (五) 申請辦理婦女乳房攝影檢查者，應通過健康署婦女乳房攝影醫療機構資格審查，或由當地衛生局報經健康署核准辦理婦女乳房攝影檢查。
- (六) 申請辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務者，應為全民健康保險特約醫院、診所，其檢體應送至經通過健康署資格審查的糞便潛血檢驗醫事機構（以下簡稱檢驗醫事機構）。
- (七) 申請辦理口腔黏膜檢查者，應有登記執業之牙科、耳鼻喉科專科或經健康署核可之醫師。
- (八) 申請辦理兒童牙齒塗氟保健服務者，應有登記執業之牙科醫師。
- (九) 申請辦理成人預防保健「健康加值」方案者，應有登記執業並符合「專科醫師分科及甄審辦法」第三條所規定之專科醫師；除家庭醫學科及內科專科醫師外，新申辦之執行科別醫師，均應接受相關訓練通過後，始能取得辦理本方案之資格。

七、特約醫事服務機構申請辦理預防保健業務，應備有相關檢驗設備，且其醫事檢驗作業需符合醫事檢驗相關規定；未具檢驗設備者，應委託其他之特約醫事服務機構代為檢驗。

八、特約醫事服務機構申請辦理成人預防保健「健康加值」方案之檢驗服務，應具備最近三年內通過檢驗項目能力

試驗之證明文件；已辦理檢驗項目之服務者，需取得並保存最近三年內通過該檢驗項目能力試驗之證明文件；最近三年內未通過 B、C 型肝炎能力試驗者，應委託通過 B、C 型肝炎能力試驗之特約醫事服務機構代為檢驗，並保存該代檢驗機構最近三年內通過 B、C 型肝炎能力試驗之證明文件。

前項檢驗項目及證明文件出具單位如附表二。

九、經健康署核可之醫師辦理口腔黏膜檢查服務，至少須具下列檢查設備，始得辦理：

- (一) 應讓民眾平躺或提供支撐讓其頭部可維持向後仰姿勢之設備。
- (二) 口鏡。
- (三) 充足的光源 (LED 頭燈或站立式光源)。

十、特約醫事服務機構辦理兒童預防保健服務者，應依下列規定辦理：

- (一) 應於特約醫事服務機構內執行。如為特殊情況，得由當地衛生局以專案方式報經健康署核定後辦理。
- (二) 執行兒童預防保健服務時，應告知其家長或主要照顧者，並於兒童健康手冊之「兒童預防保健服務檢查紀錄表」及「家長紀錄事項」登載後，由家長或主要照顧者於該次服務紀錄表簽名，並依醫療法第六十七條規定登

載各項檢查資料於病歷。

十一、特約醫事服務機構辦理兒童牙齒塗氟保健服務者，應依下列規定辦理：

- (一) 應於特約醫事服務機構內執行。如申請辦理兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意後辦理，服務時需使用氟漆 (fluoride varnish)。
- (二) 執行兒童牙齒塗氟保健服務時，應告知其家長或主要照顧者；如辦理兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務，應由家長或主要照顧者簽具同意書後提供，並依醫療法第六十七條規定登載服務資料於病歷。

十二、成人預防保健「健康加值」方案第一階段檢驗檢查服務，除特約醫院、診所提供外，亦可由符合受檢資格之保險對象，選擇由特約醫事檢驗機構逕依成人預防保健「健康加值」方案檢查單提供之雙軌作業方式辦理。特約醫事檢驗機構提供民眾第一階段檢驗檢查服務後，為提高受檢民眾完成第二階段服務，應依下列規定辦理：

- (一) 辦理第一階段檢驗檢查服務後，由受檢民眾告知選擇執行第二階段服務之特約醫事服務機構，並註明於成人預防保健「健康加值」方案檢查單。
- (二) 向受檢民眾說明第一階段檢驗檢查結果報告會於兩週內，逕寄至選定之特約醫事服務機構，請其同意直接至醫事服務機構索取報告並接受第二階段服務（請受檢民

眾填具聲明書，如附表三)。

特約醫事服務機構收到第一階段檢驗檢查結果報告後，應主動聯繫受檢民眾接受第二階段服務。

十三、特約醫事服務機構如申請辦理婦女子宮頸抹片、婦女乳房攝影、定量免疫法糞便潛血檢查與口腔黏膜檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意；如執行乳房攝影巡迴篩檢之醫療機構，無執行乳房攝影篩檢陽性個案後續複檢及確診之能力，應與具複檢及確診能力之醫療機構簽訂合約，並訂定後續轉介、資料回報流程，報當地衛生局同意後，始得為之；如申請辦理成人預防保健社區巡迴服務，應參與當地衛生局報經健康署核定之整合性預防保健服務計畫，並由當地衛生局向健保署報備後辦理。

未依前項規定辦理者，本部不予核付費用。

十四、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，應善盡查核之責，如經查核發現健保卡與本人不符、補助對象資格舉證不實、重複施行、超次使用或其他不符合規定之情事時，所需費用均應自行負擔，不得向本部申報。但補助對象因醫療需求必須重複接受服務者，應依全民健康保險法申請醫療給付。

十五、特約醫事服務機構已依其他法令向政府機關請領相同項目之費用者，不得重複申請預防保健費用。

十六、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並應於健康署所規定之成人預防保健「健康加值」方案服務檢查單（附表四）、兒童預防保健檢查紀錄表（附表五）、兒童健康手冊、孕婦健康手冊、婦女子宮頸抹片檢查表（如附表六）、婦女乳房攝影檢查表（如附表七）、定量免疫法糞便潛血檢查表（如附表八）、口腔黏膜檢查表（如附表九），詳實記載各項資料，各類檢查表單並留存於病歷；特約醫事服務機構須要求十八歲以上至未滿三十歲接受口腔黏膜檢查之原住民檢具戶口名簿，並於病歷上登載「原住民」身分別備查；特約醫事服務機構須要求四十歲以上至未滿四十五歲接受乳房攝影檢查之婦女檢具其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件（如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書，如附表十），並留存影本於病歷中備查。

十七、特約醫事服務機構應將檢查結果通知保險對象；如檢查之結果無法判讀，應通知其複檢；如發現需追蹤治療之病症時，應通知其治療或將其轉介至適當醫療機構治療。

十八、特約醫事服務機構應於提供各項預防保健服務日之次月一日起六十日內，依下列規定，於網路向健康署詳實申報資料：

- (一) 辦理兒童預防保健服務者，應將一歲半至二歲、三歲至七歲之兒童預防保健服務檢查結果，傳輸至健康署指定之系統或登錄於健康署指定之網頁，內容及格式如附表十一。
- (二) 辦理子宮頸細胞病理檢驗者，應將婦女子宮頸抹片檢查表及所有子宮頸病理切片之相關資料傳輸至健康署指定之系統。
- (三) 辦理婦女乳房攝影檢查者，應將婦女乳房攝影檢查表、婦女乳房攝影檢查異常個案報告表（附表十二）及婦女乳房攝影檢查陽性個案追蹤表（附表十三，限篩檢個案）等相關資料傳輸至健康署指定之系統。
- (四) 辦理定量免疫法糞便潛血檢查者，應透過其檢驗部門或委託代檢之檢驗醫事機構，將定量免疫法糞便潛血檢查結果與確診結果傳輸至健康署指定之系統，內容及格式如附表十四。
- (五) 辦理口腔黏膜檢查者，應將口腔黏膜檢查結果與確診結果傳輸至健康署指定之系統，內容及格式如附表十五。
- (六) 辦理成人預防保健「健康加值」方案者，應將該方案

檢查結果傳輸至健保署系統或登錄於健保署網頁，內容及格式如附表十六。

逾期未申報相關資料或申報之資料不完整、不正確，經通知限期補正，逾期仍未補正者，本部得不予核付費用。

十九、特約醫事服務機構應自提供各項預防保健服務之次月一日起六個月內，向健保署申報費用，逾期未申報者，本部不予核付費用。

二十、特約醫事服務機構辦理子宮頸抹片採樣或子宮頸細胞病理檢驗，其品質經抽查未達健康署所訂之標準，經通知限期改善，逾期仍未改善者，本部得依下列原則不予核付費用：

(一) 特約辦理子宮頸抹片採樣之醫事服務機構，如連續二年統計難以判讀率未達標準，依該機構難以判讀率扣掉健康署所定之標準後，乘以當年該機構所有抹片量，為不予核付之抹片量。

(二) 特約辦理子宮頸細胞病理檢驗之醫事服務機構，如連續二年抽審品質未達標準，依該機構被抽查良好或尚可抹片經複閱為難以判讀比率扣掉健康署所定之標準後，乘以當年該機構所有良好或尚可抹片量，為不予核付之抹片量。

二十一、特約醫事服務機構執行兒童牙齒塗氟保健服務時，應告知其家長或主要照顧者，並於病歷上記載使用氟化物之種類，且氟濃度至少應為 8500ppm 以上；違反規定者，本部不予核付費用。

二十二、特約醫事服務機構辦理成人預防保健「健康加值」方案，其二階段服務間隔時間不得超過六個月；違反規定者，本部不予核付第二階段服務之費用。

二十三、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，如因其他醫療需求提供超過第三點及第四點所定項目及次數，則非屬健康署補助預防保健服務範圍。

二十四、特約醫事服務機構經健保署同意後，可至公、私立長期照護機構、安養機構、身心障礙福利機構及護理之家等機構提供一般門診診療業務。

前項機構之入住個案，經醫師專業判斷，無下列情形之一者，得由特約醫事服務機構提供成人預防保健「健康加值」方案。

(一)四十歲以上未滿六十五歲且過去三年內曾至少接受血壓、血糖、血膽固醇及三酸甘油酯四項與成人預防保健「健康加值」方案近乎相同之檢查項目。

(二)六十五歲以上或五十五歲以上原住民，過去一年內曾至少接受血壓、血糖、血膽固醇及三酸甘油酯四項與成人預防保健「健康加值」方案近乎相同之檢查項目。

(三) 經診斷患有糖尿病、中風及心臟病之病人。

二十五、健康署及健保署對於辦理預防保健服務特約醫事服務機構得實施不定期之查核與輔導。

二十六、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，經查有費用申報不實、費用申報與病歷記載或服務提供不符、各項預防保健服務手冊表單、檢查結果之記載、登錄上傳虛偽不實、不正當方法招攬民眾提供服務之情事或其他違反醫療相關法規者，本部應追繳費用，並得終止辦理預防保健服務資格。

六、口腔黏膜檢查

(單位：元)

代碼	就醫序號	補助時程	服務項目	補助金額
95	IC95	30 歲以上嚼檳榔或吸菸者，每二年乙次	口腔黏膜檢查	130
97	IC97	18 歲以上至未滿 30 歲嚼檳榔之原住民，每二年乙次	口腔黏膜檢查	130
		口腔黏膜檢查服務品質（註 2）		20

註：

1.有關身分、年齡條件及篩檢間隔條件之定義如下：

- (1) 30 歲以上受檢者身分需為嚼檳榔（含戒檳榔）或吸菸民眾，18 歲以上至未滿 30 歲受檢者身分需為嚼檳榔（含戒檳榔）原住民；
- (2) 篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年－前次就醫年 ≥ 2 」；
- (3) 補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為：
 - a. 代碼 95 之年齡條件定義為「就醫年－出生年 ≥ 30 」；
 - b. 代碼 97 之年齡條件定義為「 $18 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 29$ 」，受檢原住民須出示戶口名簿，提供醫事服務機構驗證；醫事服務機構驗證後須於病歷上登載「原住民」身份別備查。

2. 口腔黏膜檢查醫療機構經評符合下列三項指標（資料來源為健康署癌症篩檢系統）者，每案口腔黏膜檢查增加 20 元（醫療機構名單將公告於健康署網站，名單內之醫療機構方能獲得補助）：

- (1) 完整申報篩檢個案「健康行為」達 95%；
- (2) 篩檢陽性個案電話追蹤和申報至少達 95%，且兩個月內接受後續確診至少達 60%；
- (3) 篩檢陽性個案追蹤結果為「無法聯繫」、「出國」及「搬家」者小於 10%。

七、兒童牙齒塗氟保健服務

(單位：元)

代碼	就醫序號	補助時程	服務項目	補助金額
81	IC81	未滿六歲，每半年補助一次。	氟化防齲處理 (包括牙醫師專業塗氟處理、一般性口腔檢查、衛生教育)	500
87	IC87	未滿十二歲之低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區，每三個月補助一次。	氟化防齲處理 (包括牙醫師專業塗氟處理、一般性口腔檢	500

			查、衛生教育)	
--	--	--	---------	--

註：

1.有關年齡條件及服務間隔條件之定義如下：

(1) 未滿 6 歲兒童，就醫年月-出生年月 $\leq$ 72 個月

服務間隔：當次就醫年月-前次就醫年月 $\geq$ 6 個月；

(2) 未滿 12 歲之低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，就醫年月-出生年月 $\leq$ 144 個月

服務間隔：當次就醫年月-前次就醫年月 $\geq$ 3 個月

2. 應於病歷上記載使用氟化物之種類，且氟濃度至少應為 8,500PPM 以上，違反規定者，本部不予核付費用。

【附表九】

國民健康署口腔黏膜檢查表

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署（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。【本檢查由於品健康福利捐補助】

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經本部認可之其他科醫師。

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

市鄉
區鎮

村
里

路
街

段
弄

巷
樓

號

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。
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。

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)

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③④⑤)：

☐⑥非均質性白斑 ☐⑦均質性厚白斑 ☐⑧均質性薄白斑 ☐⑨白斑，

☐⑩紅斑，☐⑪紅白斑，☐⑫疣狀增生，☐⑬口腔黏膜下纖維化症，☐⑭扁平苔癬，

☐⑮其他_____。

經病理診斷(確診)為：☐⑯口腔癌；

☐⑰上皮變異 (☐⑱輕度 ☐⑲中度 ☐⑳重度)；

☐㉑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_____。

國民健康署口腔黏膜檢查表

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署（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。【本檢查由於品健康福利捐補助】

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經本部認可之其他科醫師。

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

市鄉
區鎮

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。

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：☐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③④⑤)：

☐⑥非均質性白斑 ☐⑦均質性厚白斑 ☐⑧均質性薄白斑 ☐⑨白斑，

☐⑩紅斑，☐⑪紅白斑，☐⑫疣狀增生，☐⑬口腔黏膜下纖維化症，☐⑭扁平苔癬，

☐⑮其他_____。

經病理診斷(確診)為：☐⑯口腔癌；

☐⑰上皮變異(☐⑱輕度 ☐⑲中度 ☐⑳重度)；

☐㉑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_____。

國民健康署口腔黏膜檢查資料電子檔申報格式

電子檔輸入格式注意事項：

1. 申報檢查結果資料或確診追蹤資料電子檔，其檔案第一筆必須按【表 15-1】格式輸入醫事機構聯絡資料，俾利回覆資料檢核結果，第二筆以後資料則按【表 15-2】或【表 15-3】格式輸入個案之檢查結果資料或確診結果。
2. 格式欄位 V 為必填、△為非必填或條件限制下必填；
3. 英數文字請使用英數半型字元輸入，請勿使用全型數字字元（如：1 2 3 4 5 6 7 8 9 0）。
4. 一個中文字算一個 byte。文件請用 ANSI 格式匯出。

15-1 醫療機構聯絡資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	醫事機構代碼	文字	10	V	健保署特約醫事機構代碼
2	聯絡人姓名	文字	10	V	
3	聯絡人電話	文字	20	V	電話區號以括號表示；分機以#表示，如： (02)34567890#123
4	回覆報告的電子信箱	文字	50	△	必須填寫正確電子信箱格式，如： test@email.com.tw
第一筆資料總長度			90		

15-2 檢查結果資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	支付方式	文字	1	V	1：預防保健； 2：非預防保健費用
2	篩檢地點	文字	1	V	1：社區或職場設站篩檢； 2：醫療院所。
3	檢查醫師科別	文字	1	V	1：牙科； 2：耳鼻喉科； 3：經本部認可之其他科醫師。
4	醫令代碼	文字	2	V	95：30 歲以上嚼檳榔或吸菸者； 97：18 歲以上至未滿 30 歲嚼檳榔之原住民。
5	姓名	文字	10	V	以 10 個字元為上限，外國名亦同
6	性別	文字	1	V	1：男；2：女。
7	出生日期	文字	7	V	YYYYMMDD，例如 38 年 2 月 1 日鍵入 0380201
8	原住民	文字	1	V	1：是；2：否。
9	身分證或護照號碼	文字	10	V	身分證或外籍護照號碼，只接受 5~10 碼，大寫半型英數字元。如：A123456789
10	聯絡電話	文字	20	△	電話區號以括號表示；分機以#表示，如： (02)34567890#123
11	手機	文字	10	△	聯絡電話與手機擇一必填。
12	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼 4 碼，非郵遞區號。 (請參考最新版鄉鎮市區代碼對照表)
13	地址	文字	60	V	

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備 註
14	嚼檳榔	文字	1	V	0：無 1：已戒 2：嚼 10 年以下，每天少於 20 顆 3：嚼 10 年以下，每天 20 顆及以上 4：嚼超過 10 年，每天少於 20 顆 5：嚼超過 10 年，每天 20 顆及以上
15	吸菸	文字	1	V	0：無 1：已戒 2：吸 10 年以下，每天少於 20 支 3：吸 10 年以下，每天 20 支及以上 4：吸超過 10 年，每天少於 20 支 5：吸超過 10 年，每天 20 支及以上
16	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	必須和上傳的醫療院所代碼相同
17	門診日期	文字	7	V	YYMMDD，例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201，民眾看診日期
18	檢查結果	文字	2	V	0：未發現以下需轉介之異常； 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； 71：非均質性白斑 72：均質性厚白斑 73：均質性薄白斑 76：口腔黏膜下纖維化症 8：約兩星期仍不癒之口腔潰爛/糜爛； 9：扁平苔蘚； 10：口腔黏膜不正常，但診斷未明； 11：其他。
19	前項檢查疑陽性個案轉至醫院代碼	文字	10	△	健保署特約醫事機構代碼（一律為 10 碼） 17 檢查結果為「0」，不可匯入確診 若個案檢查結果為 1~11 或 71,72,73，且此欄空白則自動帶入檢查醫院代碼，視同在原醫院做確診。 無資料時請以 10 個字元的空白代替
20	前項檢查陽性個案轉診醫院電話	文字	20	△	電話區號以括號表示；分機以#表示，如： (02)34567890#123 無資料時請以 20 個字元的空白代替
21	醫師執業執照號碼	文字	10	V	轄區衛生局核發之醫師執業執照號碼（身分證字號），大寫半型英數字元。如： A123456789
每筆資料總長度			189		

15-3 確診追蹤資料

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備 註
1	確診個案姓名	文字	10	V	
2	確診個案出生日期	文字	7	V	YYMMDD, 例如 38 年 2 月 1 日鍵入 0380201
3	身份證或護照號碼	文字	10	V	
4	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	與 15-2 的序號 15 檢查醫療院所代碼相同。
5	門診日期	文字	7	V	YYMMDD, 例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201 與 15-2 的序號 16 門診日期相同。
6	保留欄位	文字	2	V	本保留欄位原為醫令代碼。請以 2 個字元的空白代替。
7	陽性個案兩個月內後續確診	文字	1	V	0：沒有 1：有
8	沒有接受確診理由	文字	1	△	1：無法聯繫 2：出國 3：搬家 4：死亡 5：拒做 6：其他 若 7：陽性個案後續確診為「0：沒有」時必填。
9	沒有接受確診理由-其他敘述	文字	50	△	若 8：沒有接受確診理由為「6：其他」時必填。
10	確診醫院代碼	文字	10	△	若 7：陽性個案後續確診為「1：有」時，此欄必填。健保署特約醫事機構代碼（一律為 10 碼）
11	確診日期	文字	7	△	YYMMDD, 例如 99 年 3 月 1 日鍵入 0990301 若 7：陽性個案後續確診為「1：有」時，此欄必填。
12	病理切片	文字	1	△	0：無；1：有。 若 7：陽性個案後續確診為「1：有」時，此欄必填。
13	臨床診斷（複檢）結果-非口腔癌之其他病變	文字	2	△	00：正常； 08：非均質性白斑 09：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：口腔黏膜纖維化； 16：扁平苔蘚； 17：其他。 若 7：陽性個案後續確診為「1：有」時，13 或 14 欄位擇 1 必填。 若 12 之病理切片為「0 無」時為必填。
14	診斷（確診）結果-病理診斷	文字	2	△	21：口腔癌； 22：上皮變異；

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備 註
					23：輕度上皮變異； 24：中度上皮變異； 25：重度上皮變異； 26：其他。 若 7：陽性個案後續確診為「1：有」時，13 或 14 欄位擇 1 必填。 若 12 之病理切片為「1 有」時為必填。
15	治療	文字	1	△	0：無； 1：有； 2：個案拒絕治療。 若 7：陽性個案後續確診為「1：有」，且 13 或 14：診斷結果非「00：正常」時，此欄必填。
16	治療醫院代碼	文字	10	△	若 15：治療為「1 有」時必填。 陽性個案後續確診為「0 沒有」時非必填。
每筆資料總長度			131		

15-4 口腔篩檢刪除資料 OralA Del

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備 註
1	身份證或護照號碼	文字	10	V	
2	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	檢查醫療院所代碼
3	門診日期	文字	7	V	YYMMDD，例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201
每筆資料總長度			27		

15-5 口腔篩檢刪除資料 OralB Del

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備 註
1	身份證或護照號碼	文字	10	V	
2	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	檢查醫療院所代碼
3	門診日期	文字	7	V	YYMMDD，例如 99 年 2 月 1 日鍵入 0990201
每筆資料總長度			27		

上述 15-4, 15-5 的刪除欄位均相同，取決於檔案命名方式來判斷是要刪除 OralA 還是 OralB

Txt 檔產出規則

1. 口腔檢查結果：每筆資料均為固定長度，共 21 個欄位／189 字元(中英文均各視為單一字元)，均採向左靠齊，不足以空白填補。
2. 口腔確診追蹤：每筆資料均為固定長度，共 16 個欄位／131 元(中英文均各視為單一字元)，均採向左靠齊，不足以空白填補。
3. 產生 txt 的命名規則為：OralA 檢驗單位健保代碼_5 碼.txt

如：OralA3831040864_10101.txt

上傳檔案名稱命名範例—

口腔檢查結果匯入檔名稱：OralA3831040864_10101.txt

口腔檢查結果匯入檔名稱(刪除用)：OralA3831040864_10101_Del.txt

口腔確診追蹤匯入檔名稱：OralB3831040864_10101.txt

口腔確診追蹤匯入檔名稱(刪除用)：OralB3831040864_10101_Del.txt

檔名亦可如下方式命名為：

例如，口腔黏膜篩檢匯入檔名稱：OralA3831040864_101A1.txt

上述檔案的「_」後面只要 5 碼即可，文字數字皆可接受。

【附件十七】

原住民族及離島等偏遠地區一覽表

縣別	山地原住民鄉(區)	離島鄉	平地原住民鄉	偏遠地區
新北市	烏來區			石碇區、坪林區、平溪區、雙溪區、烏來區
桃園縣	復興鄉			復興鄉
新竹縣	五峰鄉、尖石鄉		關西鎮	五峰鄉、尖石鄉
苗栗縣	泰安鄉		南庄鄉、獅潭鄉	泰安鄉、南庄鄉、獅潭鄉
台中市	和平區			和平區
南投縣	仁愛鄉、信義鄉		魚池鄉	中寮鄉、仁愛鄉、信義鄉
嘉義縣	阿里山鄉			番路鄉、大埔鄉、阿里山鄉
台南市				楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區
高雄市	那瑪夏區、桃源區、茂林區			田寮區、六龜區、甲仙區、那瑪夏區、桃源區、茂林區
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉	滿州鄉	滿州鄉、泰武鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉			大同鄉、南澳鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉		花蓮市、吉安鄉、新城鄉、壽豐鄉、鳳林鄉、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、玉里鎮、富里鄉	鳳林鄉、壽豐鄉、光復鄉、瑞穗鄉、富里鄉、秀林鄉、卓溪鄉、豐濱鄉
台東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、大武鄉、蘭嶼鄉	綠島鄉	台東市、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、鹿野鄉、池上鄉、成功鎮、關山鎮、長濱鄉	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉、鹿野鄉、卑南鄉、大武鄉、東河鄉、長濱鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉		湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金城鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、烏坵
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉		北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

◎ 偏遠地區定義（內政部）：人口密度低於全國平均人口密度五分之一之鄉鎮市；或距離直轄市、縣市政府所在地七點五公里以上之離島，計六十五鄉鎮。

◎ 此表參照衛生福利部護理及健康照護司界定山地原住民鄉、離島鄉、平地原住民鄉及偏遠地區之標準辦理。