

醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項

修訂草案對照表

修正規定	現行規定	說明
一、衛生福利部（以下稱本部） <u>為執行口腔健康法第八條所定口腔保健措施事項，特訂定本注意事項。</u> <u>前項口腔保健措施</u> 由本部口腔健康司（以下稱口腔司）辦理，並由本部中央健康保險署（以下稱健保署）協助辦理。	一、衛生福利部（以下稱本部） <u>口腔預防保健業務</u> 由口腔健康司辦理，並請本部中央健康保險署（以下稱健保署）協助辦理， <u>為持續提供此項服務，特訂定本注意事項。</u>	一、第一項新增「口腔健康法」第八條為本注意事項之依據。 二、文字修正。
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口腔預防保健服務， <u>應向健保署提出服務項目之申請；</u> 有關補助醫療費用之申報、核付 <u>與申復</u> 作業，應依本注意事項辦理；本注意事項未規定者，依全民健康保險相關法令之規定。 <u>本注意事項有關健保卡之規定，於虛擬健保卡（以下稱虛擬卡）準用之。</u>	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口腔預防保健服務，有關補助醫療費用之申報 <u>與</u> 核付作業，應依本注意事項辦理；本注意事項未規定者，依全民健康保險相關法令之規定。	一、第一項增列向健保署申請服務項目及申復之規定。 二、第二項增列虛擬健保卡準用之規定。
三、提供 <u>口腔</u> 預防保健服務，其補助對象如下： （一）兒童牙齒塗氟： 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。	三、提供預防保健服務，其補助對象 <u>及實施時程</u> 如下： （一）兒童牙齒塗氟： 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、因應口腔癌業務移撥及「113 年全民健康保險癌症治療品質改善計畫」服務內容納入本注意事項，新增口腔黏膜檢查及其疑似異常個案追蹤及確診之補助對象。 二、文字修正。

修正規定	現行規定	說明
<p>(二) 國小學童白齒窩溝封填： 施作年齡條件：七十二個月≤就醫年月－出生年月≤一百四十四個月。</p> <p><u>(三) 口腔黏膜檢查：</u></p> <p><u>1. 三十歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者，每二年補助一次。</u></p> <p><u>2. 十八歲以上至未滿三十歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民，每二年補助一次。</u></p> <p><u>(四) 口腔黏膜檢查疑似異常個案追蹤及確診：</u></p> <p><u>1. 高癌化異常者：包括疑似口腔癌、口腔內外不明原因腫塊、紅斑、紅白斑、疣狀增生、非均質性白斑、均質性厚白斑。</u></p> <p><u>2. 其他經評估需作切片者：須至口腔司審查通過之「確診醫院」或「確診及治療醫院」，由專科醫師評估須切片確診者。</u></p>	<p>一次。</p> <p>(二) 國小學童白齒窩溝封填： 施作年齡條件：七十二個月≤就醫年月－出生年月≤一百四十四個月。</p>	
<p>四、提供<u>口腔</u>預防保健服務，其補助之項目如下：</p> <p>(一) 兒童牙齒塗氟：</p> <p>1. 牙醫師專業塗氟服務。</p> <p>2. 一般性口腔檢查。</p> <p>3. 口腔保健衛教指導：使用適量氟化物、定期口腔檢查、正確潔牙、健康飲食及其他指導。</p> <p>(二) 國小學童白齒窩溝</p>	<p>四、提供預防保健服務，其補助之項目如下：</p> <p>(一) 兒童牙齒塗氟<u>保健服務</u>：</p> <p>1. 牙醫師專業塗氟服務。</p> <p>2. 一般性口腔檢查。</p> <p>3. 口腔保健衛教指導：使用適量氟化物、定期口腔檢查、正確潔牙、健康飲食及其他指導。</p> <p>(二) 國小學童白齒窩溝</p>	<p>一、因應口腔癌業務移撥及「113 年全民健康保險癌症治療品質改善計畫」服務內容納入本注意事項，新增口腔黏膜檢查及其疑似異常個案追蹤及確診之補助項目。</p> <p>二、文字修正。</p>

修正規定	現行規定	說明
<p>封填：</p> <ol style="list-style-type: none"> 恆牙第一大白齒窩溝封填（牙位代碼分別為 16、26、36、46，每人同一牙位限申報一次）。 恆牙第一大白齒窩溝封填評估或脫落補施作（於恆牙第一大白齒窩溝封填施作後六個月及十二個月評估，每人同一牙位限各申報一次）。 一般性口腔檢查。 口腔保健衛教指導：使用適量氟化物、定期口腔檢查、正確潔牙、健康飲食及其他指導。 <p><u>（三）口腔黏膜檢查。</u></p> <p><u>（四）口腔黏膜檢查疑似異常個案追蹤及確診。</u></p>	<p>封填：</p> <ol style="list-style-type: none"> 恆牙第一大白齒窩溝封填（牙位代碼分別為 16、26、36、46，每人同一牙位限申報一次）。 恆牙第一大白齒窩溝封填評估或脫落補施作（於恆牙第一大白齒窩溝封填施作後六個月<u>（含）</u>及十二個月<u>（含）</u>評估，每人同一牙位限各申報一次）。 一般性口腔檢查。 口腔保健衛教指導：使用適量氟化物、定期口腔檢查、正確潔牙、健康飲食及其他指導。 	
<p>五、牙齒塗氟、窩溝封填、<u>口腔黏膜檢查、疑似異常個案追蹤及確診服務</u>補助金額如附件 1 至附件 4。牙齒塗氟、<u>口腔黏膜檢查及其疑似異常個案追蹤及確診服務</u>經費屬年度預算，<u>該</u>預算如遭立法院凍結、刪減、刪除或用罄，本部得視情形，暫緩支付、調減價金、解除或終止服務。窩溝封填經費財源為菸品健康福利捐，屬特定收入來源，年度進行中該收入來源如有短收情形或用罄，致無法</p>	<p>五、牙齒塗氟及窩溝封填補助金額如附件 1 及附件 2。牙齒塗氟項經費係屬年度預算，本預算如遭立法院凍結、刪減、刪除或用罄，本部得視情形，暫緩支付、調減價金、解除或終止服務。窩溝封填經費財源為菸品健康福利捐，屬特定收入來源，年度進行中該收入來源如有短收情形或用罄，致無法</p>	<p>一、因應口腔癌業務移撥，新增口腔黏膜檢查服務相關文字。</p> <p>二、文字修正。</p>

修正規定	現行規定	說明
<p>支應價金時，本部得視情形，調減價金、解除或終止服務。</p> <p>六、申請辦理兒童牙齒塗氟<u>或</u>窩溝封填服務者，應為登記執業之牙醫師。</p> <p><u>申請辦理口腔黏膜檢查及其疑似異常個案追蹤及確診服務者，應具有下列資格之一：</u></p> <p><u>（一）登記執業之牙醫師、耳鼻喉科專科醫師。</u></p> <p><u>（二）前款科別以外之西醫專科醫師、具有西醫專科或中西醫整合專科之中醫師，並經地方政府衛生局辦理口腔黏膜檢查教育訓練合格。</u></p> <p><u>（三）經本部專案許可於牙醫醫療資源不足地區衛生所執業之西醫師，且經地方政府衛生局辦理口腔黏膜檢查教育訓練合格。前項第三款經專案許可之西醫師，如異動至非專案許可地區時，不得再辦理口腔黏膜檢查服務。</u></p>	<p>六、申請辦理兒童牙齒塗氟<u>及</u>窩溝封填服務者，應為<u>有</u>登記執業之牙<u>科</u>醫師。</p>	<p>一、第二項增列口腔黏膜檢查及其疑似異常個案追蹤及確診執行人員資格，並因應牙醫醫療資源不足地區之需求，明定經本部專案許可於牙醫醫療資源不足等地區衛生所執業之醫師，應接受並通過相關訓練後，始能取得辦理本服務之資格。</p> <p>二、第二項第二款及第三款所稱教育訓練，須符合本部國民健康署委託中華民國牙醫師公會全國聯合會及台灣頭頸部腫瘤醫學會辦理「口腔黏膜檢查醫師教育訓練計畫」發展之課程內容及推薦講師。</p> <p>三、第二項第三款所稱牙醫醫療資源不足地區，係指「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之施行地區或經衛生局提具牙醫醫療資源不足相關佐證資料之地區。</p> <p>四、第三項明定經專案許可之西醫師，如異動至非專案許可地區時，不得再辦理口腔黏膜檢查服務。</p>
<p>七、特約醫事服務機構辦理口腔預防保健服務，應<u>與服務對象充分溝通並</u>善盡查核之</p>	<p>七、特約醫事服務機構辦理口腔預防保健服務，應善盡查核之責，如經查核發現健</p>	<p>文字修正。</p>

修正規定	現行規定	說明
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須重複接受服務者，應依全民健康保險法申請醫療給付。	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 <u>必</u> 須重複接受服務者，應依全民健康保險法申請醫療給付。	
八、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。	八、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。	未修正。
<u>九、提供服務對象各項口腔預防保健服務後，應於服務後將當次之預防保健紀錄登錄於健保卡，並於登錄後二十四小時內上傳就醫紀錄至健保署指定系統；保險對象使用虛擬卡就醫後，依健保署所定格式於二十四小時內上傳就醫紀錄至健保署指定系統，並依期程及相對應之時間依序申報費用。</u> <u>特約醫事服務機構應詳實記載各項口腔預防保健服務規定之文件，並依醫療法有關病歷之規定製作及保存。</u>		一、本點新增。 二、第一項依「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」第九條及十條第一項規定，明定特約醫事服務機構提供服務對象各項口腔預防保健服務後登錄健保卡，及上傳就醫紀錄至健保署指定系統之時程。 三、第二項明定特約醫事服務機構應詳實記載各項口腔預防保健服務規定之文件，並依醫療法有關病歷之規定製作及保存。
<u>十、</u> 特約醫事服務機構應自提供各項口腔預防保健服務之次月一日起 <u>一</u> 個月內，向健保	九、特約醫事服務機構應自提供各項口腔預防保健服務之次月一日起 <u>六</u> 個月內，向健保	一、點次變更。 二、修正特約醫事服務機構向健保署申報費用及補行申報之期限規

修正規定	現行規定	說明
署申報費用， <u>未依限申報者得於屆期日起五個月內補行申報</u> ，屆期 <u>仍</u> 未申報者，本部不予核付費用。	署申報費用，屆期未申報者，本部不予核付費用。	定。
<u>十一、特約醫事服務機構應自提供口腔黏膜檢查服務日之次月一日起六十日內，依規定詳實登錄上傳檢查表單至本部指定之系統。屆期未登錄上傳相關資料或登錄上傳之資料不完整、不正確，經通知限期補正，屆期仍未補正完畢者，本部不予核付費用；特約醫事服務機構有異議時，得提起申復。</u>		一、 <u>本點新增。</u> 二、明定特約醫事服務機構登錄上傳檢查表單之時程及限期補正相關規定。
<u>十二、特約醫事服務機構應將口腔檢查結果通知服務對象；如發現需追蹤確診之疑似異常個案或治療之病症時，應通知其進行確診或治療或將其轉介至適當醫療機構進行確診或治療。</u>		一、 <u>本點新增。</u> 二、規範特約醫事服務機構應將檢查結果通知服務對象。
<u>十三、特約醫事服務機構辦理口腔預防保健服務，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，非屬本部補助口腔預防保健服務範圍。</u>	<u>十</u> 、特約醫事服務機構辦理口腔預防保健服務，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， <u>則</u> 非屬本部補助口腔預防保健服務範圍。	一、點次變更。 二、文字修正。
<u>十四、本部、健保署及地方政府衛生局對於辦理口腔預防保健服務特約醫事服務機構，得實施不定期之查核</u>	<u>十一</u> 、本部、健保署及地方政府衛生局對於辦理口腔預防保健服務特約醫事服務機構得實施不定期之查核與	一、點次變更。 二、標點符號增列。

修正規定	現行規定	說明
與輔導。	輔導。	
<p><u>十五</u>、特約醫事服務機構辦理口腔預防保健服務，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、各項口腔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、<u>以</u>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。</p>	<p><u>十二</u>、特約醫事服務機構辦理口腔預防保健服務，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、各項口腔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。</p>	<p>一、點次變更。 二、文字修正。</p>

貳、修訂附件及附錄對照表

修正規定					現行規定					說明
第五點附件 1					第五點附件 1 (單位：新臺幣)					單位說明位置修正
代碼	就醫序號	補助時程	服務項目	補助金額 (新臺幣)	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 元	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 元	
88	IC81	未滿六歲，每半年補助一次。	社區巡迴服務 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)	450 元	88	IC81	未滿六歲，每半年補助一次。	社區巡迴服務 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)	450 元	
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、一般性口腔檢查、衛生教育)	500 元	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、一般性口腔檢查、衛生教育)	500 元	
89	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。	社區巡迴服務 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)	600 元	89	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。	社區巡迴服務 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)	600 元	
第五點附件 1 之備註一					第五點附件 1 之備註一					未修正
第五點附件 1 之備註二 特約醫事服務機構應於提供兒童牙齒塗氟保健服務前， <u>檢視健保卡及登入健保署指定系統</u> 確認該次補助尚未施作始得提供服務。外展至醫事機構外（如幼兒園）者之服務，亦同。					第五點附件 1 之備註二 服務對象資格查核： <u>健保卡及兒童健康手冊之黃卡視為就醫憑證</u> ，特約醫事服務機構應於提供兒童塗氟保健服務前，確認該次 <u>檢查未被施作始得提供服務，並於黃卡加蓋院所戳章，服務對象未攜帶黃卡，不得提供此服務</u> 。外展至醫事機構外（如幼兒園）者之服務，亦同。					刪除兒童健康手冊黃卡視為就醫憑證之規定，並明定特約醫事服務機構應於提供兒童牙齒塗氟保健服務前，確認服務對象資格。

修正規定	現行規定	說明
<p>第五點附件 1 之備註三</p> <p>(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(不得跨縣(市)服務。但原住民族、離島及偏遠地區，並持有牙醫師公會全國聯合會同意文件者，不在此限)，應先報備地方政府衛生局後辦理。</p> <p>(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，並於病歷上記載使用氟化物之種類，且氟濃度至少應為 22,600ppm 以上；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，服務時需使用氟漆 (fluoride varnish)，並依醫療法第六十七條規定登載服務資料於病歷。未依規定辦理者，本部不予核付費用。</p> <p>(三)辦理「兒童牙齒塗氟保健服務」社區巡迴服務，應配合健保卡相關作業及備讀卡機，依規定登錄提供保健服務資料(「12-1. 保健服務項目」欄位註記為「05 兒童牙齒預防保健」、「12-4. 檢查項目代碼」欄位註記為醫令之代碼)。如巡迴學校無法連線，得併入<u>特約</u>醫事服務機構申報。</p> <p><u>(四)提供兒童牙齒塗氟保健服務，應於服務後將當次之預防保健紀錄登錄於健保卡，並於登錄後二十四小時內上傳就醫紀錄至健保署指定系統。</u></p>	<p>第五點附件 1 之備註三</p> <p>(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(不得跨縣(市)服務。但原住民族、離島及偏遠地區，並持有牙醫師公會全國聯合會同意文件者，不在此限)，應先報備地方政府衛生局後辦理。</p> <p>(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，<u>於兒童保健手冊黃卡加蓋院所戳章</u>，並於病歷上記載使用氟化物之種類，且氟濃度至少應為 22,600ppm 以上；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，服務時需使用氟漆 (fluoride varnish)；<u>於兒童保健手冊黃卡加蓋院所戳章</u>，並依醫療法第六十七條規定登載服務資料於病歷。未依規定辦理者，本部不予核付費用。</p> <p>(三)辦理「兒童牙齒塗氟保健服務」社區巡迴服務，應配合健保卡相關作業及備讀卡機，依規定登錄提供保健服務資料(「12-1. 保健服務項目」欄位註記為「05 兒童牙齒預防保健」、「12-4. 檢查項目代碼」欄位註記為醫令之代碼)。如巡迴學校無法連線，得併入醫事服務機構申報。<u>如學童有已加保未領到卡、遺失及毀損換發或其他未及領卡情事，應填具全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊後始提供服務。</u></p>	<p>一、刪除(二)於兒童保健手冊黃卡加蓋院所戳章之規定。</p> <p>二、刪除(三)「如學童有已加保未領到卡、遺失及毀損換發或其他未及領卡情事，應填具全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊後始提供服務。」</p> <p>三、依本注意事項第九點新增(四) 「提供兒童牙齒塗氟保健服務，應於服務後將當次之預防保健紀錄登錄於健保卡，並於登錄後二十四小時內上傳就醫紀錄至健保署指定系統。」</p>

修正規定	現行規定	說明
<p>第五點附件 1 之備註四</p> <p>「兒童牙齒塗氟保健服務」社區巡迴服務方式：</p> <p>(一)地方政府衛生局支援報備。</p> <p>(二)填幼兒園/學校同意書(非必要文件，院所可視需要選用)，詳附錄 1-1。</p> <p>(三)填家長同意書(含氟化物基本常識，兒童口腔保健方式，家長同意與否，塗氟當日帶健保卡)，詳附錄 1-2。</p> <p>(四)兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 衛教指導(內容為氟化物基本知識及兒童口腔保健)。 2. 健保卡過卡作業(適用對象：①未滿六歲兒童，半年內無塗過、②未滿十二歲之低收入戶兒童、身心障礙兒童、原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，三個月內未塗過)。 3. 一般口檢含塗氟後說明。 4. 塗氟過程需遵從感染控制相關規範。 5. 塗氟漆流程： <ol style="list-style-type: none"> (1)病例問診，了解兒童飲食習慣與病史。 (2)氟漆塗氟。 6. 填寫家長回覆單共三聯(分別由家長、幼兒園/學校、牙醫師帶回院所留存，抽審時隨病歷送審)，詳附錄 1-<u>3</u>。 7. 如有特殊體質(如過敏或其他情形)或大量誤食出現噁心、嘔吐及其他不適症狀，此時可先催吐，再給予鮮奶以減緩「氟」之吸收，並立即送醫觀察處理。 	<p>第五點附件 1 之備註四</p> <p>「兒童牙齒塗氟保健服務」社區巡迴服務方式：</p> <p>(一)地方政府衛生局支援報備。</p> <p>(二)填幼兒園/學校同意書(非必要文件，院所可視需要選用)，詳附錄 1-1。</p> <p>(三)填家長同意書(含氟化物基本常識，兒童口腔保健方式，家長同意與否，塗氟當日帶健保卡<u>及兒童健康手冊之黃卡</u>)，詳附錄 1-2。</p> <p>(四)兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 衛教指導(內容為氟化物基本知識及兒童口腔保健)。 2. 健保卡過卡作業<u>並於兒童保健手冊黃卡加蓋院所戳章</u>(適用對象：①未滿六歲兒童，半年內無塗過、②未滿十二歲之低收入戶兒童、身心障礙兒童、原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，三個月內未塗過)，<u>詳附錄 1-3</u>。 3. 一般口檢含塗氟後說明。 4. 塗氟過程需遵從感染控制相關規範。 5. 塗氟漆流程： <ol style="list-style-type: none"> (1)病例問診，了解兒童飲食習慣與病史。 (2)氟漆塗氟。 6. 填寫家長回覆單共三聯(分別由家長、幼兒園/學校、牙醫師帶回院所留存，抽審時隨病歷送審)，詳附錄 1-<u>4</u>。 7. 如有特殊體質(如過敏或其他情形)或大量誤食出現噁心、嘔吐及其他不適症狀，此時可先催吐，再給予鮮奶以減緩「氟」之吸收，並立即送醫觀察處理。 	<p>一、刪除(三)塗氟當日需攜帶兒童健康手冊之黃卡之規定。</p> <p>二、刪除(四)2. 「並於兒童保健手冊黃卡加蓋院所戳章」。</p> <p>三、刪除原附錄 1-3 「健保卡過卡作業流程」。</p> <p>四、三聯單附錄編號變更，內容未修正。</p> <p>五、刪除原附錄 1-5 「健保收據」。</p> <p>六、附錄 1-4，編號變更，並將原住民族地區分為山地原住民鄉及平地原住民鄉。</p>

修正規定						現行規定						說明
8. 為維護醫療品質，牙醫師至幼兒園/學校塗氟，每診次每位醫師最高以三十人次為限。 9. 兒童牙齒塗氟保健服務原住民族地區、偏遠及離島地區，詳附錄 1-4。						理。 8. 為維護醫療品質，牙醫師至幼兒園/學校塗氟，每診次每位醫師最高以三十人次為限。 9. 須開立 IC81、IC87 健保收據，詳附錄 1-5。 10. 兒童牙齒塗氟保健服務原住民族地區、偏遠及離島地區，詳附錄 1-6。						
第五點附件 2 之窩溝封填保健服務附表						第五點附件 2 之窩溝封填保健服務附表 <small>(單位：新臺幣)</small>						一、單位說明位置修正。 二、酌修文字。
醫令代碼	就醫序號	施作牙位	補助對象	補助金額 <small>(新臺幣)</small>	服務項目	醫令代碼	就醫序號	施作牙位	補助對象	補助金額	服務項目	
8A	IC8A	16	1. 國小學童(施作年齡條件：七十二個月≤就醫年月一出生年月≤一百四十四個月) 2. 不含山地原住民、離島地區及身心障礙國小學童	每顆補助 400 元	1. 恆牙第一大臼齒窩溝封填 2. 一般口腔檢查、衛教指導	8A	IC8A	16	1. 國小學童(施作年齡條件：七十二個月≤就醫年月一出生年月≤一百四十四個月) 2. 不含山地原住民、離島地區及身心障礙國小學童	每顆補助 400 元	1. 恆牙第一大臼齒窩溝封填 2. 一般口腔檢查、衛教指導	
8B	IC8B	26				8B	IC8B	26				
8C	IC8C	36				8C	IC8C	36				
8D	IC8D	46				8D	IC8D	46				
8E	IC8E	16	1.山地原住民及離島地區之國小學童(施作年齡條件：七十二個月≤就醫年月一出生年月≤一百四十四個月) 補助條件：依兒童戶籍資料之所在地或學校所在地認定 2.身心障礙之國小學童(施作年齡條件：七十二個月≤就醫年月一出生年月≤一百四十四個月) 補助條件：持有社政主管機關核發之身心障礙手冊或身心障礙證明	每顆補助 470 元		8E	IC8E	16	1.山地原住民及離島地區之國小學童(施作年齡條件：七十二個月≤就醫年月一出生年月≤一百四十四個月) 補助條件：依兒童戶籍資料之所在地或學校所在地認定 2.身心障礙之國小學童(施作年齡條件：七十二個月≤就醫年月一出生年月≤一百四十四個月) 補助條件：持有社政主管機關核發之身心障礙手冊或身心障礙證明	每顆補助 470 元		
8F	IC8F	26				8F	IC8F	26				
8G	IC8G	36				8G	IC8G	36				
8H	IC8H	46				8H	IC8H	46				
8I	IC8I	16	第一次評估檢查(施作年齡條件：七十二個月≤就醫年月一出生年月≤一百四十四個月) (同一牙位窩溝封填施作間隔六個月以上)	每顆補助 100 元	1. 恆牙第一大臼齒窩溝封填評估或脫落補施作 2. 一般口腔檢查、口腔保健衛教指導	8I	IC8I	16	第一次評估檢查(施作年齡條件：七十二個月≤就醫年月一出生年月≤一百四十四個月) (同一牙位窩溝封填施作間隔六個月以上)	每顆補助 100 元	1. 恆牙第一大臼齒窩溝封填評估或脫落補施作 2. 一般口腔檢查、口腔保健衛教指導	
8J	IC8J	26				8J	IC8J	26				
8K	IC8K	36				8K	IC8K	36				
8L	IC8L	46				8L	IC8L	46				
8M	IC8M	16	第二次評估檢查(施作年齡條件：七十二個月≤就醫年月一出生年月≤一百四十四個月) (同一牙位窩溝封填施作間隔十二個月以上，且與第一次評估檢查間隔六個月以上)	每顆補助 100 元		8M	IC8M	16	第二次評估檢查(施作年齡條件：七十二個月≤就醫年月一出生年月≤一百四十四個月) (同一牙位窩溝封填施作間隔十二個月以上，且與第一次評估檢查間隔六個月以上)	每顆補助 100 元		
8N	IC8N	26				8N	IC8N	26				
8O	IC8O	36				8O	IC8O	36				
8P	IC8P	46				8P	IC8P	46				

修正規定	現行規定	說明
第五點附件 2 之備註一	第五點附件 2 之備註一	未修正
第五點附件 2 之備註二	第五點附件 2 之備註二	未修正
<p>第五點附件 2 之備註三</p> <p><u>服務對象資格查核</u></p> <p><u>特約醫事服務機構應於提供恆牙第一大臼齒窩溝封填或評估檢查前，檢視健保卡及登入健保署指定系統確認該次補助尚未被施作始得提供服務。外展至醫事機構外（如學校）者之服務，亦同。</u></p>	<p>第五點附件 2 之備註三</p> <p><u>如有發現兒童及青少年從未辦理投保而無健保卡者，請地方政府教育局(處)、學校、村(里)長、村(里)幹事、社工、派出所警察、醫院、診所向健保署轄區業務組顧客服務科通報，由健保署協助辦理投保及製發健保卡，保障其以健保身分就醫，獲得必要醫療照護。(註：自一百零二年一月起二代健保實施後，健保署依據全民健康保險法第三十七條規定立法意旨，僅對於有經濟能力但拒不繳納保險費者，始予暫行停止給付(鎖卡)，並輔導其儘速處理欠費，亦即無力繳納健保費之弱勢民眾如二十歲以下者、特殊境遇家庭受扶助者及懷孕婦女，均非屬鎖卡對象，不會因欠繳健保費而被鎖卡。)</u></p>	<p>一、刪除原備註三。</p> <p>二、新增服務對象資格查核。</p>
<p>第五點附件 2 之備註四</p> <p><u>山地原住民族及離島地區詳附錄 1-4。</u></p>	<p>第五點附件 2 之備註四</p> <p><u>山地原住民鄉定義，係參照原住民族委員會所定原住民地區三十個山地鄉(區)，包括：新北市烏來區、桃園市復興區、新竹縣尖石鄉、五峰鄉、苗栗縣泰安鄉、臺中市和平區、南投縣信義鄉、仁愛鄉、嘉義縣阿里山鄉、高雄市桃源區、那瑪夏區、茂林區、屏東縣三地門鄉、瑪家鄉、霧台鄉、牡丹鄉、來義鄉、泰武鄉、春日鄉、獅子鄉、臺東縣達仁鄉、金峰鄉、延平鄉、海端鄉、蘭嶼鄉、花蓮縣卓溪鄉、秀林鄉、萬榮鄉、宜蘭縣大同鄉、南澳鄉。</u></p> <p>第五點附件 2 之備註五</p> <p><u>離島地區：屏東縣琉球鄉、臺東縣綠島鄉、蘭嶼鄉、澎湖縣馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉、</u></p>	<p>將原備註四列舉之山地原住民鄉併入附錄 1-4。</p> <p>將原備註五列舉之離島地區併入附錄 1-4。</p>

修正規定	現行規定	說明
<p>第五點附件 2 之備註五</p> <p>辦理「國小學童<u>白齒</u>窩溝封填補助服務方案」學校巡迴服務，應配合健保卡相關作業及備讀卡機，依規定登錄提供保健服務資料(「12-1. 保健服務項目」欄位註記為「05 兒童牙齒預防保健」、「12-4. 檢查項目代碼」欄位註記為醫令之代碼)。如巡迴學校無法連線，得併入<u>特約</u>醫事服務機構申報。</p>	<p><u>金門縣金城鎮、金湖鎮、金沙鎮、金寧鄉、烈嶼鄉、烏坵鄉、連江縣南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉</u></p> <p>第五點附件 2 之備註六</p> <p>辦理「國小學童窩溝封填補助服務方案」學校巡迴服務，應配合健保卡相關作業及備讀卡機，依規定登錄提供保健服務資料(「12-1. 保健服務項目」欄位註記為「05 兒童牙齒預防保健」、「12-4. 檢查項目代碼」欄位註記為醫令之代碼)。如巡迴學校無法連線，得併入醫事服務機構申報。<u>如學童有已加保未領到卡、遺失及毀損換發或其他未及領卡情事，應填具全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊後始提供服務。</u></p>	<p>變更點次，酌修文字，並刪除「如學童有已加保未領到卡、遺失及毀損換發或其他未及領卡情事，應填具全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊後始提供服務。」。</p>
<p>第五點附件 2 之備註六</p> <p>服務方式：</p> <p>(一)學校巡迴服務：特約醫事服務機構到學校，辦理學校巡迴服務。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 特約醫事服務機構申請辦理學校巡迴服務、或國民小學校園牙醫師提供校內學童服務，應依相關規定向地方政府衛生局報備後辦理（建議結合「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之牙醫師巡迴醫療服務辦理）。 2. 由學童持學校發給之「國小學童<u>白齒</u>窩溝封填補助服務方案」之【學校巡迴服務】家長通知書（附錄 2-1）、同意書（附錄 2-2）及健保卡，由家長或主要照顧者簽具同意書後，到學校接受服務。 3. 辦理本項服務後，由學校人員及施作牙醫師共同填寫「<u>國小學童白齒窩溝封填補助服務方案</u>」施作紀錄單（附錄 2-3），並由學校及施作醫師，各留存 	<p>第五點附件 2 之備註七</p> <p>服務方式：</p> <p>(一)學校巡迴服務：特約醫事服務機構到學校，辦理學校巡迴服務。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 特約醫事服務機構申請辦理學校巡迴服務、或國民小學校園牙醫師提供校內學童服務，應依相關規定向地方政府衛生局報備後辦理（建議結合「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之牙醫師巡迴醫療服務辦理）。 2. 由學童持學校發給之「國小學童窩溝封填補助服務方案」之【學校巡迴服務】家長通知書（附錄 2-1）、同意書（附錄 2-2）及健保卡，由家長或主要照顧者簽具同意書後，到學校接受服務。 3. 辦理本項服務後，由學校人員及施作牙醫師共同填寫【<u>醫事機構/學校巡迴服務</u>】施作紀錄單（附錄 2-3）<u>及「國小學童窩溝封填補助服務方案【學校</u> 	<p>變更點次，酌修文字，並刪除原附錄 2-4「國小學童窩溝封填補助服務方案【學校巡迴服務】執行表」。</p>

修正規定	現行規定	說明															
<p>一份。</p> <p>4. 辦理口腔保健衛教指導。</p> <p>5. 如當日學童因故或缺席無法施作<u>白齒</u>窩溝封填服務，由家長帶學童至特約醫事服務機構施作。</p> <p>(二) 由家長帶學童至特約醫事服務機構施作：</p> <p>1. 家長帶學童持健保卡至特約醫事服務機構施作。</p> <p>2. 完成本項服務後，<u>得</u>請牙醫師填寫「國小學童<u>白齒</u>窩溝封填補助服務方案」施作紀錄單，並預約下次施作或追蹤時間，分由學童家長留存一份，由施作醫師留存病歷一份。</p>	<p><u>巡迴服務】執行表」(附錄 2-4)</u>，並由學校及施作醫師，各留存一份。</p> <p>4. 辦理<u>學校教職員及學生</u>口腔保健<u>團體</u>衛教指導。</p> <p>5. 如當日學童因故或缺席無法施作窩溝封填服務，由家長帶學童至特約醫事服務機構施作。</p> <p>(二)由家長帶學童至特約醫事服務機構施作：</p> <p>1. 家長帶學童持健保卡至特約醫事服務機構施作。</p> <p>2. 完成本項服務後，請牙醫師填寫「國小學童窩溝封填補助服務方案」施作紀錄單，並預約下次施作或追蹤時間，分由學童家長留存一份，由施作醫師留存病歷一份。</p>																
<p><u>第五點附件 3 口腔黏膜檢查服務</u></p> <table><tr><th>醫令代碼</th><th>就醫序號</th><th>服務對象及時程</th><th>服務項目</th><th>補助金額 (新臺幣)</th></tr><tr><td>95</td><td>IC95</td><td>三十歲以上有嚼檳榔(含已戒)或吸菸習慣者，每二年一次</td><td>口腔黏膜檢查</td><td>250 元</td></tr><tr><td>97</td><td>IC97</td><td>十八歲以上至未滿三十歲有嚼檳榔(含已戒)習慣之原住民，每二年一次</td><td>口腔黏膜檢查</td><td>250 元</td></tr></table> <p><u>備註：</u></p> <p><u>一、有關身分、年齡條件及篩檢間隔條件之檢核條件如下：</u></p> <p><u>(一)三十歲以上服務對象身分需為嚼檳榔(含已戒)或吸菸民眾，十八歲以上至未滿三十歲服務對象身分需為嚼檳榔(含已戒)原住民。</u></p> <p><u>(二)篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年—前次就醫年≥2」。</u></p>			醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務項目	補助金額 (新臺幣)	95	IC95	三十歲以上有嚼檳榔(含已戒)或吸菸習慣者，每二年一次	口腔黏膜檢查	250 元	97	IC97	十八歲以上至未滿三十歲有嚼檳榔(含已戒)習慣之原住民，每二年一次	口腔黏膜檢查	250 元
醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務項目	補助金額 (新臺幣)													
95	IC95	三十歲以上有嚼檳榔(含已戒)或吸菸習慣者，每二年一次	口腔黏膜檢查	250 元													
97	IC97	十八歲以上至未滿三十歲有嚼檳榔(含已戒)習慣之原住民，每二年一次	口腔黏膜檢查	250 元													
<p>一、本附件係參考「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」附表六之一、二、三規定，並因應口腔黏膜檢查每案補助金額調增為 250 元、刪除品質費及經費來源調整為公務預算新增。</p> <p>二、備註六(一)依本注意事項第六點規定，增列經專案許可之西醫</p>																	

修正規定	現行規定	說明
<p><u>(三)補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為。</u></p> <p><u>1.代碼 95 之年齡條件定義為「就醫年一出生年≥ 30」。</u></p> <p><u>2.代碼 97 之年齡條件定義為「$18 \leq$就醫年一出生年≤ 29」，受檢原住民須出示戶口名簿（如服務對象無法提出證明，應請其填具聲明書），提供特約醫事服務機構驗證；特約醫事服務機構驗證後須於病歷上登載「原住民」身分別備查。</u></p> <p><u>二、執行口腔黏膜檢查服務之特約醫事服務機構資格：</u></p> <p><u>(一)申請辦理口腔黏膜檢查服務者，應為全民健康保險特約醫院、診所。</u></p> <p><u>(二)辦理口腔黏膜檢查服務之特約醫院、診所，須具下列檢查設備：</u></p> <p><u>1.應讓服務對象平躺或提供支撐讓其頭部可維持向後仰姿勢之設備。</u></p> <p><u>2.口鏡或壓舌板。</u></p> <p><u>3.充足光源（LED 頭燈或站立式光源）。</u></p> <p><u>三、服務對象資格查核：</u></p> <p><u>(一)特約醫事服務機構執行口腔黏膜檢查服務前，應與服務對象充分溝通並善盡查核之責，提供服務前應查核健保卡註記或本部「口腔癌篩檢 VPN 系統」確認符合補助資格，始得提供服務。</u></p> <p><u>(二)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服務之原住民檢具戶口名簿（如服務對象無法提出證明，應請其填具聲明</u></p>		<p>師，如執業異動至非牙醫醫療資源不足地區，由原申請專案許可之衛生局辦理報備事宜；備註六(二)納入現行「預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則」重要規定第八點「口腔癌確認診斷、口腔癌確認診斷及治療之醫事機構如無符合規定之專科醫師或合作單位者，取消其資格」。</p>

修正規定	現行規定	說明
<p><u>書，如附錄 3-2)，並於病歷上登載「原住民」身分別備查。</u></p> <p><u>四、表單填寫與保存：</u></p> <p><u>辦理口腔黏膜檢查服務者，應將「口腔黏膜檢查服務檢查紀錄服務結果表單」（如附錄 3-1）詳實記載，並登錄上傳至本部指定之「口腔癌篩檢 VPN 系統」（網址：https://oral.mohw.gov.tw）。</u></p> <p><u>伍、其他應配合事項：</u></p> <p><u>（一）依本注意事項第六點專案許可之西醫師，如執業異動至非專案許可地區時，應由原申請專案許可之衛生局於異動當日起 14 個日曆天內向本部報備。</u></p> <p><u>（二）特約醫事服務機構申請口腔黏膜檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意。</u></p> <p><u>（三）口腔癌確認診斷、口腔癌確認診斷及治療之醫事機構如無符合規定之專科醫師或合作單位者，取消其資格。</u></p> <p><u>（四）醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定及預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則辦理。</u></p>		
<p><u>第五點附件4 口腔黏膜檢查疑似異常個案追蹤及確診服務</u></p> <p><u>一、目的</u></p> <p><u>為提高本部預防保健服務之口腔黏膜檢查結果為疑似異常個案，進一步完成診斷與治療，透過本服務之</u></p>		<p>因應「113 年全民健康保險癌症治療品質改善計畫」服務內容納入本注意事項，新增本注意事項第五點</p>

修正規定	現行規定	說明
<p><u>追蹤管理及提升醫療院所診斷品質，建立以篩檢異常個案為中心之主動追陽管理模式，期能提升口腔癌篩檢效益、早期治療及增進治療效率，降低罹癌風險與減少晚期癌症發生。</u></p> <p>二、<u>參與醫療院所資格</u> <u>特約醫事服務機構辦理本部預防保健服務之口腔黏膜檢查相關業務者：</u> (一)<u>可辦理本部預防保健服務之口腔黏膜檢查之醫事服務機構。</u> (二)<u>可辦理本部預防保健服務之口腔黏膜檢查結果為陽性或疑似異常個案進一步確定診斷之醫事服務機構。</u></p> <p>三、<u>服務對象</u> <u>三十歲以上嚼檳榔（含已戒）或吸菸者、十八歲以上嚼檳榔（含已戒）之原住民，經口腔黏膜檢查（二年一次）結果為下列情形之一者：</u> (一)<u>高癌化異常者：包括疑似口腔癌、口腔內外不明原因腫塊、紅斑、紅白斑、疣狀增生、非均質性白斑、均質性厚白斑。</u> (二)<u>其他經評估需作切片者：須經轉診至本部口腔健康司（以下稱口腔司）審查通過之「確診醫院」或「確診及治療醫院」，由專科醫師評估須切片確診者。</u></p> <p>四、<u>服務內容</u> (一)<u>篩檢結果為疑似異常個案之追蹤管理：由原篩檢醫事服務機構執行。</u> 1. <u>執行項目：</u></p>		<p>附件 4「口腔黏膜檢查疑似異常個案追蹤及確診服務」</p>

修正規定	現行規定	說明
<p>(1) <u>對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、口腔切片之準備與注意事項。</u></p> <p>(2) <u>確立診斷之轉介或轉診服務：與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台或紙本轉診提供跨院轉診服務。如以紙本開立轉診單者，其相關文件請以電子檔或資料建置留存。</u></p> <p>(3) <u>追蹤並填報個案切片確立診斷結果（含病理診斷）。</u></p> <p>2. <u>追蹤管理結果之填報方式：</u> <u>依據「確診醫事服務機構」通知之確診結果，填寫「口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單一B. 個案複檢（確診）結果」（如附錄 3-1，最新表單請上口腔司網站下載），並上傳至「口腔癌篩檢 VPN 系統」。</u></p> <p>3. <u>執行期限：</u></p> <p>(1) <u>自篩檢日起：</u> A. <u>三十個日曆天內完成個案轉診，以健保電子轉診平臺或紙本轉診單開單日期為認定標準。</u> B. <u>六十個日曆天內完成個案切片確立診斷之追蹤。</u></p> <p>(2) <u>自確診醫事服務機構切片確立診斷完成隔日起二十一個日曆天內，完成追蹤管理結果之填報。</u></p>		

修正規定	現行規定	說明
<p>(二)<u>提升癌症診斷品質管理：由接受轉診醫事服務機構執行；另為提高個案就醫可近性，請設置就醫綠色通道。</u></p> <p>1. <u>執行項目：</u></p> <p>(1) <u>自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意（含提供原篩檢醫事服務機構確診結果）、切片確診注意事項及切片手術（含術後護理衛教及照護）。</u></p> <p>(2) <u>上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果；如係透過健保電子轉診系統接受轉診之院所，於規範期限內以該系統回復予原篩檢院所為原則。</u></p> <p>2. <u>確立診斷：完成切片確診並上傳病理診斷結果。</u></p> <p>3. <u>上傳報告：上傳「口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單一口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果」(含病理診斷結果，如附錄4，最新表單請上口腔司網站下載)至「口腔癌篩檢與追蹤系統」。</u></p> <p>4. <u>執行期限：</u></p> <p>(1) <u>自篩檢日起六十個日曆天內，完成切片確診。</u></p> <p>(2) <u>自切片確立診斷隔日起二十一個日曆天內，完成上傳報告（含病理診斷結果）。</u></p> <p>(3) <u>自切片確立診斷隔日起二十一個日曆天內，通知原篩檢醫事服務機構個案確立診斷結</u></p>		

修正規定	現行規定	說明
<p><u>果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，應於期限內通知原篩檢單位。</u></p> <p><u>五、給付項目及支付標準</u></p> <p><u>(一)醫事服務機構須對個案提供符合本服務內容後，始得申報本標準診療項目。</u></p> <p><u>(二)每一個案須有「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」二項申報編號者，方得分別支付「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」。</u></p> <p><u>(三)每一個案同一週期，不得重複申報：符合執行期限內首筆完成追蹤管理結果及確診報告上傳者。</u></p> <p><u>六、費用申報、核付與申復</u></p> <p><u>(一)口腔黏膜檢查疑似異常個案追蹤及確診服務所訂之各項給付費用，如與其他公務預算支應之計畫，屬同一事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。經查證有重複之情事，不予受理費用申請或追回已核發之款項。</u></p> <p><u>(二)費用申報</u></p> <p><u>1. 特約醫事服務機構門診醫療服務點數之清單段欄位填報：</u></p> <p><u>(1) 案件分類填報「A3」，特定治療項目代號依癌別填報如下：口腔癌申報 P7702C、P7703C者，填報「HP:口腔癌追蹤管理」；申報 P7710B者，填報「HQ:口腔癌診斷品質管理」。</u></p> <p><u>(2) 就醫序號：填報「ICC4」。</u></p> <p><u>(3) 部分負擔代號：填報「009(其他規定免部分負擔者)」。</u></p>		

修正規定	現行規定	說明
<p>2. <u>特約醫事服務機構門診醫療服務點數之醫令段欄位填報：</u></p> <p>(1) <u>申報 P7702C、P7703C，醫令類別填報「G」，支付點數填報「0」，「執行時間」填報「篩檢日期」。</u></p> <p>(2) <u>申報 P7710B，醫令類別填報「G」，支付點數填報「0」，「執行時間」填報「確診及處置執行日期」。</u></p> <p>(三)<u>費用核付、申復</u></p> <p>1. <u>費用核付：由健保署定期提供院所申報資料予口腔司，依院所服務內容實際執行情形予以核定，健保署依口腔司每季函送核付清冊，代為撥付費用予特約醫事服務機構。</u></p>		

修正規定							現行規定	說明
編號	申報項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	核付點數 (新臺幣)		
P7702C P7703C	口腔癌追蹤管理 --高癌化初篩異常者 --其他經評估須作切片者 註：由原篩檢醫事服務機構申報	√	√	√	√	800 400		
P7710B	口腔癌診斷品質管理 --口腔癌切片確診		√	√	√	1,700		
2. 費用申復：院所辦理申復，由健保署分區業務組轉由口腔司複查並回復。								
附錄 1-1							附錄 1-1	未修正
附錄 1-2 齲齒(蛀牙)為兒童常見的主要健康問題，兒童的口腔健康狀況不僅會影響咀嚼、發音及美觀，甚至影響未來恆牙之生長、發育，以及兒童日後人格與心理之發展。為此，衛生福利部實施「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫」，希望能讓兒童獲得早期預防以降低齲齒率。 …本計畫進行對於兒童口腔之保健非常重要，需要幼兒園/學校與家長們共同來努力，有意願參加者(採自願報名不強迫參加)，需帶健保卡，不需繳交任何費用，我們期望您能讓貴子弟參與這項有意義之口腔保健計畫，除了							附錄 1-2 齲齒為兒童常見的主要健康問題，兒童的口腔健康狀況不僅會影響咀嚼、發音及美觀，甚至影響未來恆牙之生長、發育，以及兒童日後人格與心理之發展。為此，衛生福利部實施「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫」，希望能讓兒童獲得早期預防以降低齲齒率。 …本計畫進行對於兒童口腔之保健非常重要，需要幼兒園/學校與家長們共同來努力，有意願參加者(採自願報名不強迫參加)，需帶健保卡及兒童健康手冊之黃卡，不需繳交任何費用，我們期望您能讓貴子弟參與這項有意義	酌修文字，並刪除「帶兒童健康手冊之黃卡」

修正規定	現行規定	說明
<p>適當使用氟化物來預防蛀牙外，也請家長避免以糖果作為獎勵增強物、減少甜食的攝取，應養成飯後、睡前以<u>1,000ppm 含氟牙膏</u>刷牙之良好口腔衛生習慣，並定時接受牙醫師診治，才是<u>正確</u>預防保健之道。</p> <p>園長(園主任)/校長 敬上 中華民國 年 月 日 請您填寫下列回條，並於<u>民國</u> 年 月 日前交還給老師，謝謝您的合作！</p> <p>.....</p> <p>◎出生年月日：<u>民國</u> 年 月 日 ◎請勾選：</p> <p>一、<input type="checkbox"/>我同意我的小孩參與「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫」，於<u>民國</u> 年 月 日帶健保卡到幼兒園</p> <p>二、<input type="checkbox"/>我不同意我的小孩參與「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫」。</p> <p>1. <input type="checkbox"/>由家長自行前往牙醫門診塗氟。</p> <p>2. <input type="checkbox"/>我的小孩已於<u>民國</u> 年 月 日接受過塗氟服務，預計於 個月後(<u>民國</u> 年 月 日)，將自行前往牙醫門診塗氟。</p> <p>3. <input type="checkbox"/>其他原因： 。</p> <p>*我了解當日若我的小孩經醫師口腔檢查後判定不宜塗氟，或健保卡經刷卡後發現已於半年/3個月內執行過塗氟或超過適用年齡，則無法提供本項服務。(未滿6歲兒童須半年內未塗氟過；未滿12歲之低收入戶兒童、身心障礙兒童、設籍原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，須</p>	<p>之口腔保健計畫，除了適當使用氟化物來預防蛀牙外，也請家長避免以糖果作為獎勵增強物，並應養成飯後、睡前刷牙之良好口腔衛生習慣、減少甜食的攝取，並定時接受牙醫師診治，才是<u>真正</u>預防保健之道。</p> <p>園長(園主任)/校長 敬上 中華民國 年 月 日 請您填寫下列回條，並於 年 月 日前交還給老師，謝謝您的合作！</p> <p>.....</p> <p>◎出生年月日： 年 月 日 ◎請勾選：</p> <p>一、<input type="checkbox"/>我同意我的小孩參與「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫」，於 月 日帶健保 <u>IC卡及兒童健康手冊之黃卡</u>到幼兒園</p> <p>二、<input type="checkbox"/>我不同意我的小孩參與「兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務防齲計畫」。</p> <p>1. <input type="checkbox"/>由家長自行前往牙醫門診塗氟。</p> <p>2. <input type="checkbox"/>我的小孩已於 年 月 日接受過塗氟服務，預計於 個月後(年 月 日)，將自行前往牙醫門診塗氟。</p> <p>3. <input type="checkbox"/>其他原因： 。</p> <p>*我了解當日若我的小孩經醫師口腔檢查後判定不宜塗氟，或健保 <u>IC卡</u>經刷卡後發現已於半年/3個月內執行過塗氟或超過適用年齡，則無法提供本項服務。(未滿6歲兒童須半年內未塗氟過；未滿12歲之低收入戶兒童、身心障礙兒童、設籍原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，須</p>	

修正規定	現行規定	說明
<p>3 個月內未塗氟過)</p> <p>家長簽章：_____ <u>中華民國</u> 年 月 日</p> <p>塗氟漆流程：(1)病例問診，了解小朋友飲食習慣與病史。(2)牙醫師進行口腔檢查，檢視<u>齲齒</u>狀況，並對家長進行幼兒的飲食習慣指導。(3)刷牙或專業潔牙並同時對家長進行口腔衛教，教導家長如何正確幫小朋友潔牙。(4)氟漆塗氟與術後指導。</p> <p>預防<u>齲齒</u>之方法</p> <p>包括適量使用氟化物、定期口腔檢查、正確潔牙(餐後潔牙、6 歲以下兒童睡前應由父母協助完成刷牙)、良好飲食習慣(不要吃黏甜易<u>齲齒</u>之零食、用餐時間不宜過久)。</p> <p>牙齒之維他命~氟化物</p> <p>氟化物可使牙齒表面更堅固降低齲齒之發生。例如：含氟食鹽、含氟牙膏、含氟漱口水及局部塗氟，都可在琺瑯質上形成防護膜，達到有效預防齲齒。</p> <p>定期口腔檢查</p> <p>成人通常是每半年檢查 1 次，嬰兒 <u>1 歲前即應帶給牙醫師檢查</u>，<u>乳牙</u>大約 6 個月至 1 歲期間開始萌出。家長應每 3~6 個月帶幼兒至牙科接受定期口腔檢查。如果有齒質不佳或排列不整齊時，應該 3 個月看診 1 次。除了因為早期治療花費時間短，效果好，可減少因拖延引起之疼痛，還可以獲得預防性口腔保健服務，例如：教導預防奶瓶性<u>齲齒</u>，教導正確刷牙方法、阻斷吸吮奶嘴或咬指甲之不良</p>	<p>須 3 個月內未塗氟過)</p> <p>家長簽章：_____ 年 月 日</p> <p>塗氟漆流程：(1)病例問診，了解小朋友飲食習慣與病史。(2)牙醫師進行口腔檢查，檢視<u>蛀牙</u>狀況，並對家長進行幼兒的飲食習慣指導。(3)刷牙或專業潔牙並同時對家長進行口腔衛教，教導家長如何正確幫小朋友潔牙。(4)氟漆塗氟與術後指導。</p> <p>預防<u>蛀牙</u>之方法</p> <p>包括適量使用氟化物、定期口腔檢查、正確潔牙(餐後潔牙、6 歲以下兒童睡前應由父母協助完成刷牙)、良好飲食習慣(不要吃黏甜易<u>蛀牙</u>之零食、用餐時間不宜過久)。</p> <p>牙齒之維他命~氟化物</p> <p>氟化物可使牙齒表面更堅固降低齲齒之發生。例如：含氟食鹽、含氟牙膏、含氟漱口水及局部塗氟，都可在琺瑯質上形成防護膜，達到有效預防齲齒。</p> <p>定期口腔檢查</p> <p>成人通常是每半年檢查 1 次，嬰兒大約 6 個月至 1 歲期間<u>乳牙</u>開始萌出，<u>即帶給牙科醫師檢查</u>。家長應每 3~6 個月帶幼兒至牙科接受定期口腔檢查。如果有齒質不佳或排列不整齊時，應該 3 個月看診 1 次。除了因為早期治療花費時間短，效果好，可減少因拖延引起之疼痛，還可以獲得預防性口腔保健服務，例如：教導預防奶瓶性<u>蛀牙</u>，教導正確刷牙方法、阻斷吸吮奶嘴或咬指甲之不良口腔習慣、局部塗氟、白齒窩溝封劑服務及相關項目。</p>	

修正規定	現行規定	說明
<p>口腔習慣、局部塗氟、白齒窩溝封劑服務及相關項目。</p> <p>良好之飲食習慣</p> <p>進食後牙齒表面殘留之食物殘渣，使得口中細菌繁殖，在牙齒表面形成牙菌斑，若不仔細清除它，牙齒琺瑯質便會受到侵蝕造成齲齒。</p> <p>除了含糖食物之外，精緻黏稠之食物亦容易造成齲齒，因為這些食物容易黏在牙齒上、不易清潔，富含纖維之食物有益於牙齒健康，如蘋果、蔬菜之蔬果就是對牙齒健康有助益之食物。</p> <p>正確之潔牙</p> <p>我們吃完東西後，很多食物殘渣留在口中，提供細菌生長最好之養分，所以餐後是很好之潔牙時機。睡覺時口水分泌減少、吞嚥動作減少，口腔內之細菌生長較快，所以睡前把口腔清潔乾淨可以減少牙菌斑的滋長而減少齲齒。</p> <p>幼兒牙齒長出來後，應每日至少 2 次由父母負責潔牙（睡前一定要刷，建議使用 1,000ppm 含氟牙膏）。為減少齲齒，應避免糖分高、黏性強的甜食，及含著奶瓶睡覺之習慣。2 歲到 3 歲之孩童就可以開始教他們獨立刷牙，但是學齡前之孩童是沒有辦法徹底刷乾淨自己之牙齒，因此父母一定要再幫他們刷 1 次。</p> <p>正確之刷牙方法</p> <p>沾上適量 1,000ppm 含氟牙膏可預防齲齒，刷毛與牙齒成 45 度至 60 度角，並輕輕地壓向牙齒，使刷毛側面也能夠接觸到牙齒。</p> <p>*刷牙順序(1)右邊開始右邊結束 (2)外面刷完刷裡面 (3)上面刷完刷下面</p>	<p>良好之飲食習慣</p> <p>進食後牙齒表面殘留之食物殘渣，使得口中細菌繁殖，在牙齒表面形成牙菌斑，若不仔細清除它，牙齒琺瑯質便會受到侵蝕造成蛀牙。</p> <p>除了含糖食物之外，精緻黏稠之食物亦容易造成齲齒，因為這些食物容易黏在牙齒上、不易清潔，富含纖維之食物有益於牙齒健康，如蘋果、蔬菜之蔬果就是對牙齒健康有助益之食物。</p> <p>正確之潔牙</p> <p>我們吃完東西後，很多食物殘渣留在口中，提供細菌生長最好之養分，所以餐後是很好之潔牙時機。睡覺時口水分泌減少、吞嚥動作減少，口腔內之細菌生長較快，所以睡前把口腔清潔乾淨可以減少牙菌斑的滋長而減少蛀牙。</p> <p>幼兒牙齒長出來後，應每日至少 2 次由父母負責潔牙（睡前一定要刷，建議使用含氟牙膏）。為減少蛀牙，應避免糖分高、黏性強的甜食，及含著奶瓶睡覺之習慣。2 歲到 3 歲之孩童就可以開始教他們獨立刷牙，但是學齡前之孩童是沒有辦法徹底刷乾淨自己之牙齒，因此父母一定要再幫他們刷 1 次。</p> <p>正確之刷牙方法</p> <p>沾上適量含氟牙膏可預防齲齒，刷毛與牙齒成 45 度至 60 度角，並輕輕地壓向牙齒，使刷毛側面也能夠接觸到牙齒。</p> <p>*刷牙順序(1)右邊開始右邊結束 (2)外面刷完刷裡面 (3)上面刷完刷下面</p> <p>年紀較小之幼兒：家長可坐在沙發或床上，幼兒把頭枕於</p>	

修正規定	現行規定	說明
<p>年紀較小之幼兒：家長可坐在沙發或床上，幼兒把頭枕於大人腿上。</p> <p>年紀較大之幼兒：大人坐在幼兒身後，將幼兒之背靠於大人身上(大腿或小腹)，讓幼兒之頭輕微向後仰，大人就可以看到幼兒口腔每個區域。無論何種姿勢，大人皆需一手托住幼兒下巴，再以另一手幫幼兒頭部偏 45 度角，以防口水哽在喉頭。</p>	<p>大人腿上。</p> <p>年紀較大之幼兒：大人坐在幼兒身後，將幼兒之背靠於大人身上(大腿或小腹)，讓幼兒之頭輕微向後仰，大人就可以看到幼兒口腔每個區域。無論何種姿勢，大人皆需一手托住幼兒下巴，再以另一手幫幼兒頭部偏 45 度角，以防口水哽在喉頭。</p>	

修正規定	現行規定	說明
	<p>附錄 1-3</p> <p><u>健保卡過卡作業流程</u></p> <p><u>廠商建議方式一：</u></p> <p><u>1. 診所除原先的 VPN 醫療網路外，還要有一般的網路(例如 ADSL)和 IP 分享器，以便筆電可以和診所電腦連線。</u></p> <p><u>2. 至幼兒園/學校施作時需攜帶筆電，其配備要有：</u></p> <p><u>(1) 網路（要和診所的電腦連線）：行動網路(連有上網的智慧型手機亦可)。</u></p> <p><u>(2)和診所相同之申報軟體：可請幫診所安裝申報軟體的廠商加裝網路版(軟體安裝梵谷科技 6000 元，北昕資訊 5000 元，含筆電設定與診所連線，不含讀卡機及轉接線)。</u></p> <p><u>(3)健保卡讀卡機。</u></p> <p><u>廠商建議方式二：</u></p> <p><u>1. 由公會申請一個撥接網路帳號。</u></p> <p><u>2. 欲施作的幼兒園/學校若有筆電、IC 健保卡讀卡機，則要確定筆電上須有和診所一樣的申報軟體。</u></p> <p><u>3. 至學校時，用學校的電話主線撥接上網，以更新健保卡；若無需更新健保卡時則不用上網（梵谷小天使需一直上網)。</u></p> <p><u>4. 回診所匯入資料時要注意，勿將原診所看診資料覆蓋掉。</u></p>	<p>本附錄刪除。</p>

修正規定	現行規定	說明
<p>附錄 1-3</p> <p>兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單</p> <p>牙醫師已於民國____年____月____日，在____(園所/學校)為貴子弟____完成塗氟防蝕處理</p> <p>氟漆塗完後注意事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙齒表面會有<u>薄薄一層氣漆黏附</u>。 2.半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。 3.當天不要刷牙與進食粗糙食物。 <p>貴子弟經牙醫師目視檢查判定</p> <p><input type="checkbox"/>無<u>齲齒或已完成治療</u>，請定期<u>3至6個月</u>至牙醫院所檢查以確保口腔健康。</p> <p><input type="checkbox"/>有<u>治療需求(例如齲齒)</u>，請家長帶孩子前往牙醫院所作進一步診治。</p> <p><input type="checkbox"/>有<u>緊急治療需求(例如膿、腫或牙髓腔外露)</u>，請家長儘速帶孩子前往牙醫院所作進一步診治。</p> <p>牙醫師_____</p> <hr/> <p>兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單</p> <p>牙醫師已於民國____年____月____日，在____(園所/學校)為貴子弟____完成塗氟防蝕處理</p> <p>氟漆塗完後注意事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙齒表面會有<u>薄薄一層氣漆黏附</u>。 2.半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。 3.當天不要刷牙與進食粗糙食物。 <p>貴子弟經牙醫師目視檢查判定</p> <p><input type="checkbox"/>無<u>齲齒或已完成治療</u>，請定期<u>3至6個月</u>至牙醫院所檢查以確保口腔健康。</p> <p><input type="checkbox"/>有<u>治療需求(例如齲齒)</u>，請家長帶孩子前往牙醫院所作進一步診治。</p> <p><input type="checkbox"/>有<u>緊急治療需求(例如膿、腫或牙髓腔外露)</u>，請家長儘速帶孩子前往牙醫院所作進一步診治。</p> <p>牙醫師_____</p> <hr/> <p>兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單</p> <p>牙醫師已於民國____年____月____日，在____(園所/學校)為貴子弟____完成塗氟防蝕處理、一般性口腔檢查、衛教指導。氣漆種類如下：</p> <p><input type="checkbox"/>1. Duraphat Dental Suspension--- 5% Sodium Fluoride(2.26 % Fluoride) Colgate</p> <p><input type="checkbox"/>2. <u>"Ultradent" Enamelast Fluoride Varnish</u></p> <p><input type="checkbox"/>3. Profluorid Varnish----- 5% Sodium Fluoride(2.26 % Fluoride) Voco</p> <p><input type="checkbox"/>4. Clinpro Sodium Fluoride White Varnish(5 % Sodium Fluoride)3M ESPE</p> <p><input type="checkbox"/>5. <u>"GERMIPHENE" Flolli Dental Varnish</u></p> <p><input type="checkbox"/>6. "Centrix" Fluorodose 5% Sodium Fluoride Varnish</p> <p><input type="checkbox"/>7. 其他_____</p> <p>氟漆塗完後注意事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙齒表面會有<u>薄薄一層氣漆黏附</u>。 2.半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。 3.當天不要刷牙與進食粗糙食物。 <p>貴子弟經牙醫師目視檢查判定</p> <p><input type="checkbox"/>無<u>齲齒或已完成治療</u>，請定期<u>3至6個月</u>至牙醫院所檢查以確保口腔健康。</p> <p><input type="checkbox"/>有<u>治療需求(例如齲齒)</u>，請家長帶孩子前往牙醫院所作進一步診治。</p> <p><input type="checkbox"/>有<u>緊急治療需求(例如膿、腫或牙髓腔外露)</u>，請家長儘速帶孩子前往牙醫院所作進一步診治。</p> <p>牙醫師_____</p>	<p>附錄 1-4</p> <p>兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單</p> <p>牙醫師已於民國____年____月____日，在____(園所/學校)為貴子弟____完成塗氟防蝕處理</p> <p>氟漆塗完後注意事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙齒表面會有薄薄一層<u>淡黃色</u>氣漆黏附。 2.半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。 3.當天不要刷牙與進食粗糙食物。 <p>貴子弟經牙醫師目視檢查判定</p> <p><input type="checkbox"/>無<u>蛀牙</u>，請定期至牙<u>科診所</u>檢查以確保口腔健康</p> <p><input type="checkbox"/>有<u>蛀牙</u>，請<u>貴</u>家長帶孩子前往牙<u>科診所</u>所作進一步診治</p> <p>牙醫師_____</p> <hr/> <p>兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單</p> <p>牙醫師已於民國____年____月____日，在____(園所/學校)為貴子弟____完成塗氟防蝕處理</p> <p>氟漆塗完後注意事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙齒表面會有薄薄一層<u>淡黃色</u>氣漆黏附。 2.半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。 3.當天不要刷牙與進食粗糙食物。 <p>貴子弟經牙醫師目視檢查判定</p> <p><input type="checkbox"/>無<u>蛀牙</u>，請定期至牙<u>科診所</u>檢查以確保口腔健康</p> <p><input type="checkbox"/>有<u>蛀牙</u>，請<u>貴</u>家長帶孩子前往牙<u>科診所</u>所作進一步診治</p> <p>牙醫師_____</p> <hr/> <p>兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務回覆單</p> <p>牙醫師已於民國____年____月____日，在____(園所/學校)為貴子弟____完成塗氟防蝕處理、一般性口腔檢查、衛教指導。氣漆種類如下：</p> <p><input type="checkbox"/>1. Duraphat Dental Suspension--- 5% Sodium Fluoride(2.26 % Fluoride) Colgate</p> <p><input type="checkbox"/>2. <u>Standard-Fluor Dental Gel----- (2.4% Fluoride) Denmate</u></p> <p><input type="checkbox"/>3. Profluorid Varnish----- 5% Sodium Fluoride(2.26 % Fluoride) Voco</p> <p><input type="checkbox"/>4. Clinpro Sodium Fluoride White Varnish(5 % Sodium Fluoride)3M ESPE</p> <p><input type="checkbox"/>5. <u>Flour Protector Ivoclar Vivadent(0.1%Fluoride)</u></p> <p><input type="checkbox"/>6. "Centrix" Fluorodose 5% Sodium Fluoride Varnish</p> <p><input type="checkbox"/>7. 其他_____</p> <p>氟漆塗完後注意事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙齒表面會有薄薄一層<u>淡黃色</u>氣漆黏附。 2.半小時勿飲食及喝水，如有口水可先吐出。 3.當天不要刷牙與進食粗糙食物。 <p>貴子弟經牙醫師目視檢查判定</p> <p><input type="checkbox"/>無<u>蛀牙</u>，請定期至牙<u>科診所</u>檢查以確保口腔健康</p> <p><input type="checkbox"/>有<u>蛀牙</u>，請<u>貴</u>家長帶孩子前往牙<u>科診所</u>所作進一步診治</p> <p>牙醫師_____</p>	<p>編號變更，酌修文字及更新氣漆種類。</p>

修正規定	現行規定	說明																																																
	<div>附錄 1-5</div> <div>牙醫門診總額支付制度保險醫療費用明細及收據</div> <div>○○○醫院（診所）門診醫療費用收據（參考格式）</div> <div>病患姓名：○○○ 身分證號：○○○○○○○○○○ 出生日期：○○○/○○/○○</div> <div>性別：○ 就診日期：○○○/○○/○○ 就醫身分別：○○○○</div> <div>健保卡就醫序號：○○○○ 部分負擔代號：○○○ 就醫科別：○○○</div> <div>診別：○○○ 醫師姓名：○○○ 病歷號碼：○○○○○</div> <table><thead><tr><th>健保申報項目</th><th>點數</th><th>自付費用項目</th><th>金額</th></tr></thead><tbody><tr><td>診察費</td><td>xx</td><td>掛號費</td><td>xx</td></tr><tr><td>藥費</td><td>xx</td><td>部分負擔</td><td></td></tr><tr><td>藥事服務費</td><td>xx</td><td>基本部分負擔</td><td>xx</td></tr><tr><td>注射費</td><td>xx</td><td>藥品部分負擔</td><td>xx</td></tr><tr><td>檢驗費</td><td>xx</td><td>復健部分負擔</td><td>xx</td></tr><tr><td>檢查費</td><td>xx</td><td>檢驗檢查</td><td>xx</td></tr><tr><td>處置手術費</td><td>xx</td><td>藥品</td><td>xx</td></tr><tr><td>材料費</td><td>xx</td><td>衛材</td><td>xx</td></tr><tr><td></td><td></td><td>其他</td><td>xx</td></tr><tr><td colspan="2">小計：健保申報 xxx點 （健保申報點數非一點一元給付）</td><td colspan="2">小計：部分負擔金額 xxx元 其他自費金額 xxx元</td></tr><tr><td colspan="2">應繳金額：xxx元</td><td colspan="2">收款人：○○○（收費章及日期）</td></tr></tbody></table> <div>醫院（診所）名稱、醫療機構代碼、醫院（診所）地址、電話（條戳或圖記）</div> <div>第○聯 收據編號：○○○○○</div>	健保申報項目	點數	自付費用項目	金額	診察費	xx	掛號費	xx	藥費	xx	部分負擔		藥事服務費	xx	基本部分負擔	xx	注射費	xx	藥品部分負擔	xx	檢驗費	xx	復健部分負擔	xx	檢查費	xx	檢驗檢查	xx	處置手術費	xx	藥品	xx	材料費	xx	衛材	xx			其他	xx	小計：健保申報 xxx點 （健保申報點數非一點一元給付）		小計：部分負擔金額 xxx元 其他自費金額 xxx元		應繳金額：xxx元		收款人：○○○（收費章及日期）		本附錄刪除。
健保申報項目	點數	自付費用項目	金額																																															
診察費	xx	掛號費	xx																																															
藥費	xx	部分負擔																																																
藥事服務費	xx	基本部分負擔	xx																																															
注射費	xx	藥品部分負擔	xx																																															
檢驗費	xx	復健部分負擔	xx																																															
檢查費	xx	檢驗檢查	xx																																															
處置手術費	xx	藥品	xx																																															
材料費	xx	衛材	xx																																															
		其他	xx																																															
小計：健保申報 xxx點 （健保申報點數非一點一元給付）		小計：部分負擔金額 xxx元 其他自費金額 xxx元																																																
應繳金額：xxx元		收款人：○○○（收費章及日期）																																																

修正規定

附錄 1-4

兒童牙齒塗氟保健服務原住民族地區及離島等偏遠地區一覽表

縣別	原住民族地區		離島地區	偏遠地區
	平地原住民族地區	山地原住民族地區		
新北市		烏來區		石碇區、坪林區、平溪區、雙溪區、貢寮區
桃園市		復興區		
新竹縣	關西鎮	五峰鄉、尖石鄉		峨眉鄉
苗栗縣	南庄鄉、獅潭鄉	泰安鄉		三灣鄉
臺中市		和平區		
南投縣	魚池鄉	仁愛鄉、信義鄉		中寮鄉、國姓鄉、鹿谷鄉
嘉義縣		阿里山鄉		番路鄉、大埔鄉
臺南市				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、杉林區
屏東縣	滿州鄉	三地門鄉、霧臺鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉	
宜蘭縣		大同鄉、南澳鄉		
花蓮縣	花蓮市、光復鄉、瑞穗鄉、豐濱鄉、吉安鄉、壽豐鄉、鳳林鎮、玉里鎮、新城鄉、富里鄉	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉		
臺東縣	大武鄉、臺東市、成功鎮、關山鎮、太麻里鄉、卑南鄉、東河鄉、長濱鄉、鹿野鄉、池上鄉	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉	綠島鄉	
澎湖縣			馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉	
金門縣			金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉	
連江縣			南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉	

◎此表偏遠地區參照本部長照偏遠地區以內政部一百零九年十二月統計資料，人口密度低於每平方公里一百三十人之鄉鎮市區為標準。◎原住民族地區為原住民族委員會界定之標準。

現行規定

附錄 1-6

兒童牙齒塗氟保健服務原住民族地區及離島等偏遠地區一覽表

縣別	原住民族地區	離島鄉	偏遠地區
新北市	烏來區		石碇區、坪林區、平溪區、雙溪區、貢寮區
桃園縣	復興鄉		
新竹縣	五峰鄉、尖石鄉、關西鎮		峨眉鄉
苗栗縣	泰安鄉、南庄鄉、獅潭鄉		三灣鄉
台中市	和平區		
南投縣	仁愛鄉、信義鄉、魚池鄉		中寮鄉、國姓鄉、鹿谷鄉
嘉義縣	阿里山鄉		番路鄉、大埔鄉
臺南市			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、杉林區
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、滿州鄉	琉球鄉	
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉		
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉、花蓮市、光復鄉、瑞穗鄉、豐濱鄉、吉安鄉、壽豐鄉、鳳林鎮、玉里鎮、新城鄉、富里鄉		
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、大武鄉、蘭嶼鄉、臺東市、成功鎮、關山鎮、太麻里鄉、卑南鄉、東河鄉、長濱鄉、鹿野鄉、池上鄉	綠島鄉	
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉	
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉	
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉	

◎此表偏遠地區參照本部長照偏遠地區以內政部一百零九年十二月統計資料，人口密度低於每平方公里一百三十人之鄉鎮市區為標準。◎原住民族地區為原住民族委員會界定之標準。

說明

一、編號變更。

二、將原住民族地區分為山地原住民鄉及平地原住民鄉。

三、修正縣市文字。

修正規定	現行規定	說明
<p>附錄 2-1 國小學童<u>白齒</u>窩溝封填補助服務方案【醫事機構】 親愛的家長，您好！</p> <p>齲齒(<u>蛀牙</u>)為兒童常見的主要健康問題，兒童的口腔健康狀況不僅會影響咀嚼、發音及美觀，甚至影響未來恆牙的生長、發育。學童恆牙第一大白齒的咬合面非常容易發生齲齒，佔所有齲齒近 50%。研究顯示，窩溝封填為預防牙齒咬合面齲齒的有效方法。</p> <p>衛生福利部為照顧<u>兒童</u>口腔健康，<u>補助年滿 6 歲至 12 歲 (72 個月≤就醫年月-出生年月≤144 個月)兒童</u>恆牙第一大白齒窩溝封填服務。</p> <p>凡<u>年齡符合補助資格兒童</u>，可至牙科醫療院所由專業牙醫師提供恆牙第一大白齒免費窩溝封填防齲服務（恆牙第一大白齒須完全萌出才可施作，最多施作四顆）。另，在恆牙第一大白齒封填後 6 個月及 12 個月時，要回牙科醫療院所，由牙醫師進行評估檢查（請先與牙科醫療院所約診；接受服務當日，請記得攜帶健保卡）。</p> <p>窩溝封填是常規的牙科治療與預防齲齒的方法，但有少數接受窩溝封填施作者可能於施作過程中，或於接受施作窩溝封填之後，有短暫之咬合異物感；或是部分已經齲齒的牙齒，不適合施作窩溝封填。若有上述情形，均會由牙醫師依其專業立即做適當的建議及處置。</p> <p style="text-align: right;"><u>中華民國</u> 年 月 日</p>	<p>附錄 2-1 國小學童窩溝封填補助服務方案【醫事機構】 親愛的家長，您好！</p> <p>齲齒為兒童常見的主要健康問題，兒童的口腔健康狀況不僅會影響咀嚼、發音及美觀，甚至影響未來恆牙的生長、發育。學童恆牙第一大白齒的咬合面非常容易發生齲齒，佔所有齲齒近 50%。研究顯示，窩溝封填為預防牙齒咬合面齲齒的有效方法。</p> <p>衛生福利部為照顧<u>學童</u>口腔健康，<u>將原本只提供弱勢兒童（低收入、中低收入、身心障礙者、山地原住民鄉及離島地區國小一、二年級學童）的恆牙第一大白齒免費窩溝封填服務，全面擴大至國小學童。</u></p> <p>凡<u>國小學童</u>，可至牙科醫療院所由專業牙醫師提供恆牙第一大白齒免費窩溝封填防齲服務（恆牙第一大白齒須完全萌出才可施作，最多施作四顆）。另，<u>學童</u>在恆牙第一大白齒封填後 6 個月及 12 個月時，要回牙科醫療院所，由牙醫師進行評估檢查，<u>以及為新萌出的恆牙第一大白齒進行窩溝封填</u>（請先與牙科醫療院所約診；接受服務當日，請記得攜帶健保卡）。</p> <p>窩溝封填是常規的牙科治療與預防齲齒的方法，但有少數接受窩溝封填施作者可能於施作過程中，或於接受施作窩溝封填之後，有短暫之咬合異物感；或是部分已經齲齒的牙齒，不適合施作窩溝封填。若有上述情形，均會由牙醫師依其專業立即做適當的建議及處置。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	<p>酌修說明文字。</p>
<p>附錄 2-2 國小學童<u>白齒</u>窩溝封填補助服務方案【學校巡迴服務】</p>	<p>附錄 2-2 國小學童窩溝封填補助服務方案【學校巡迴服務】</p>	<p>酌修說明文字。</p>

修正規定	現行規定	說明
<p>親愛的家長，您好：</p> <p>齲齒(蛀牙)為兒童常見的主要健康問題，兒童的口腔健康狀況不僅會影響咀嚼、發音及美觀，甚至影響未來恆牙的生長、發育。<u>兒童</u>恆牙第一大白齒的咬合面非常容易發生齲齒，佔所有齲齒近 50%。研究顯示，窩溝封填為預防牙齒咬合面齲齒的有效方法。</p> <p>衛生福利部為照顧<u>兒童</u>口腔健康，<u>補助年滿 6 歲至 12 歲(72 個月≤就醫年月-出生年月≤144 個月) 兒童</u>恆牙第一大白齒窩溝封填服務。</p> <p>凡<u>年齡符合補助資格兒童</u>，於家長或照顧者同意<u>其</u>參加學校統一規劃窩溝封填巡迴服務後，將由專業牙醫師提供恆牙第一大白齒免費窩溝封填防齲服務(恆牙第一大白齒須完全萌出才可施作，最多施作四顆)。另，在恆牙第一大白齒封填後 6 個月及 12 個月時，要回牙科醫療院所，由牙醫師進行評估檢查。</p> <p>~~~~~</p> <p>國小學童<u>白齒</u>窩溝封填補助服務方案【學校巡迴服務】同意書</p> <p>學校：_____國小 班級： 年 班 號</p> <p>學生：</p> <p><input type="checkbox"/> 同意參加(接受服務當日，請記得攜帶健保卡)</p> <p><input type="checkbox"/> 不同意參加</p> <p>家長簽名：_____</p> <p style="text-align: right;">中華民國____年____月____日</p>	<p>親愛的家長，您好：</p> <p>齲齒為兒童常見的主要健康問題，兒童的口腔健康狀況不僅會影響咀嚼、發音及美觀，甚至影響未來恆牙的生長、發育。<u>學童</u>恆牙第一大白齒的咬合面非常容易發生齲齒，佔所有齲齒近 50%。研究顯示，窩溝封填為預防牙齒咬合面齲齒的有效方法。</p> <p>衛生福利部為照顧<u>學童</u>口腔健康，<u>將原本只提供弱勢兒童(低收入、中低收入、身心障礙者、山地原住民鄉及離島地區國小一、二年級學童)</u>恆牙第一大白齒<u>免費</u>窩溝封填服務，<u>全面擴大至國小學童</u>。</p> <p>凡<u>國小學童</u>，於家長或照顧者同意<u>學童</u>參加學校統一規劃窩溝封填巡迴服務後，將由專業牙醫師提供恆牙第一大白齒免費窩溝封填防齲服務(恆牙第一大白齒須完全萌出才可施作，最多施作四顆)。另，<u>學童</u>在恆牙第一大白齒封填後 6 個月及 12 個月時，要回牙科醫療院所，由牙醫師進行評估檢查，<u>以及為新萌出的大白齒進行窩溝封填</u>。</p> <p>~~~~~</p> <p>國小學童窩溝封填補助服務方案【學校巡迴服務】同意書</p> <p>學校：_____國小 班級： 年 班 號</p> <p>學生：</p> <p><input type="checkbox"/> 同意參加(接受服務當日，請記得攜帶健保卡)</p> <p><input type="checkbox"/> 不同意參加</p> <p>家長簽名：_____</p> <p><u>聯絡(手機)電話：(日) (夜)</u></p>	

修正規定	現行規定	說明																																																																																																															
	____年____月____日																																																																																																																
附錄 2-3 國小學童 白齒 窩溝封填補助服務方案施作紀錄單 ____國小 姓名：____ 性別：□男 □女 出生：民國____年____月____日 <input type="checkbox"/> 國小學童 <input type="checkbox"/> 身心障礙國小學童 <input type="checkbox"/> 山地原住民鄉及離島地區國小學童	附錄 2-3 國小學童窩溝封填補助服務方案【 醫事機構/學校巡迴服務 】施作紀錄單 ____國小 姓名：____ 性別：□男 □女 出生：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 國小學童 <input type="checkbox"/> 身心障礙國小學童 <input type="checkbox"/> 山地原住民鄉及離島地區國小學童	酌修標題及表格文字。																																																																																																															
<table><tr><th>施作日期</th><th>恆牙第一大白齒窩溝封填之牙位施作情況</th><th>建議事項</th></tr><tr><td>民國____年____月____日</td><td><table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置代碼</td></tr></table></td><td>院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：民國____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____</td></tr><tr><td>民國____年____月____日</td><td><table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table></td><td>院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：民國____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____</td></tr><tr><td>民國____年____月____日</td><td><table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table></td><td>院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：民國____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____</td></tr><tr><td>民國____年____月____日</td><td><table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table></td><td>院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：民國____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____</td></tr></table>	施作日期	恆牙第一大白齒窩溝封填之牙位施作情況	建議事項	民國____年____月____日	<table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置代碼</td></tr></table>	16 (IC)	26 (IC)	狀況代碼	處置代碼	46 (IC)	36 (IC)	狀況代碼	處置代碼	院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：民國____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____	民國____年____月____日	<table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table>	16 (IC)	26 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	46 (IC)	36 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：民國____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____	民國____年____月____日	<table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table>	16 (IC)	26 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	46 (IC)	36 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：民國____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____	民國____年____月____日	<table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table>	16 (IC)	26 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	46 (IC)	36 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：民國____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____	<table><tr><th>施作日期</th><th>恆牙第一大白齒窩溝封填之牙位施作情況</th><th>建議事項</th></tr><tr><td>____年____月____日</td><td><table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置代碼</td></tr></table></td><td>院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____</td></tr><tr><td>____年____月____日</td><td><table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table></td><td>院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____</td></tr><tr><td>____年____月____日</td><td><table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table></td><td>院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____</td></tr><tr><td>____年____月____日</td><td><table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table></td><td>院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____</td></tr></table>	施作日期	恆牙第一大白齒窩溝封填之牙位施作情況	建議事項	____年____月____日	<table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置代碼</td></tr></table>	16 (IC)	26 (IC)	狀況代碼	處置代碼	46 (IC)	36 (IC)	狀況代碼	處置代碼	院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____	____年____月____日	<table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table>	16 (IC)	26 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	46 (IC)	36 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____	____年____月____日	<table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table>	16 (IC)	26 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	46 (IC)	36 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____	____年____月____日	<table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table>	16 (IC)	26 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	46 (IC)	36 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____	<table><tr><th>填寫之代碼說明(1)牙齒狀況代碼</th><th>(4)施作窩溝封劑之適應症</th></tr><tr><td>尚未萌出 0 部分萌出 { 1 咬合面未露出，完好 2 咬合面已露出，完好 3 已蛀蝕(decayed) 4 已填補(filled) 5 完好 完全萌出 { 6 已蛀蝕(decayed) 7 已填補(filled) 缺牙或已拔除 X (missing)</td><td>1.可施作對象：恆牙第一大白齒，其「牙齒狀況代碼」為「2」或「5」者。如狀況代碼為「3」或「6」，需經牙醫師專業判斷後方可施作。 2.封填後 6、12 個月進行評估，若有脫落可至診所填補。 (5)口腔保健衛教指導 <input type="checkbox"/> 睡前一定要刷牙；一天使用 1,000ppm 含氟牙膏至少刷牙兩次 <input type="checkbox"/> 使用牙線潔牙，每天至少一次 <input type="checkbox"/> 少甜食，多漱口，攝取均衡的營養，天天五蔬果 <input type="checkbox"/> 配合學校每週使用一次含氟漱口水 <input type="checkbox"/> 每 3 至 6 個月看一次牙醫；未滿 12 歲弱勢兒童，每 3 個月一次塗氟 <input type="checkbox"/> 照護者教導、宣導學童的刷牙動作</td></tr><tr><th>(2)處置代碼</th><th>(3)評估代碼</th></tr><tr><td>S：已施作 N：未施作</td><td>a.完整留存 b.部分脫落，無蛀蝕補施作 c.脫落，無蛀蝕補施作 d.脫落，已蛀蝕轉介治療</td></tr></table>	填寫之代碼說明(1)牙齒狀況代碼	(4)施作窩溝封劑之適應症	尚未萌出 0 部分萌出 { 1 咬合面未露出，完好 2 咬合面已露出，完好 3 已蛀蝕(decayed) 4 已填補(filled) 5 完好 完全萌出 { 6 已蛀蝕(decayed) 7 已填補(filled) 缺牙或已拔除 X (missing)	1.可施作對象：恆牙第一大白齒，其「牙齒狀況代碼」為「2」或「5」者。如狀況代碼為「3」或「6」，需經牙醫師專業判斷後方可施作。 2.封填後 6、12 個月進行評估，若有脫落可至診所填補。 (5)口腔保健衛教指導 <input type="checkbox"/> 睡前一定要刷牙；一天使用 1,000ppm 含氟牙膏至少刷牙兩次 <input type="checkbox"/> 使用牙線潔牙，每天至少一次 <input type="checkbox"/> 少甜食，多漱口，攝取均衡的營養，天天五蔬果 <input type="checkbox"/> 配合學校每週使用一次含氟漱口水 <input type="checkbox"/> 每 3 至 6 個月看一次牙醫；未滿 12 歲弱勢兒童，每 3 個月一次塗氟 <input type="checkbox"/> 照護者教導、 宣導學童 的刷牙動作	(2)處置代碼	(3)評估代碼	S：已施作 N：未施作	a.完整留存 b.部分脫落，無蛀蝕補施作 c.脫落，無蛀蝕補施作 d.脫落，已蛀蝕轉介治療	<table><tr><th>填寫之代碼說明(1)牙齒狀況代碼</th><th>(4)施作窩溝封劑之 Indications</th></tr><tr><td>尚未萌出 0 部分萌出 { 1 咬合面未露出，完好 2 咬合面已露出，完好 3 已蛀蝕(decayed) 4 已填補(filled) 5 完好 完全萌出 { 6 已蛀蝕(decayed) 7 已填補(filled) 缺牙或已拔除 X (missing)</td><td>1.可施作對象：恆牙第一大白齒，其「牙齒狀況代碼」為「2」或「5」者。如狀況代碼為「3」或「6」，需經牙醫師專業判斷後方可施作。 2.封填後 6、12 個月進行評估，若有脫落可至診所填補。 (5)口腔保健衛教指導 <input type="checkbox"/> 睡前一定要刷牙；一天用含氟牙膏至少刷牙兩次 <input type="checkbox"/> 使用牙線潔牙，每天至少一次 <input type="checkbox"/> 少甜食，多漱口，攝取均衡的營養，天天五蔬果 <input type="checkbox"/> 配合學校每週使用一次含氟漱口水 <input type="checkbox"/> 每半年一次看牙醫；未滿 12 歲弱勢兒童，每 3 個月一次塗氟 <input type="checkbox"/> 照護者教導、監督幼兒的刷牙動作</td></tr><tr><th>(2)處置代碼</th><th>(3)評估代碼</th></tr><tr><td>S：施作 sealant N：未施作 sealant</td><td>a.完整留存 b.部分脫落，無蛀蝕補施作 c.脫落，無蛀蝕補施作 d.脫落，已蛀蝕轉介治療</td></tr></table>	填寫之代碼說明(1)牙齒狀況代碼	(4)施作窩溝封劑之 Indications	尚未萌出 0 部分萌出 { 1 咬合面未露出，完好 2 咬合面已露出，完好 3 已蛀蝕(decayed) 4 已填補(filled) 5 完好 完全萌出 { 6 已蛀蝕(decayed) 7 已填補(filled) 缺牙或已拔除 X (missing)	1.可施作對象：恆牙第一大白齒，其「牙齒狀況代碼」為「2」或「5」者。如狀況代碼為「3」或「6」，需經牙醫師專業判斷後方可施作。 2.封填後 6、12 個月進行評估，若有脫落可至診所填補。 (5)口腔保健衛教指導 <input type="checkbox"/> 睡前一定要刷牙；一天用含氟牙膏至少刷牙兩次 <input type="checkbox"/> 使用牙線潔牙，每天至少一次 <input type="checkbox"/> 少甜食，多漱口，攝取均衡的營養，天天五蔬果 <input type="checkbox"/> 配合學校每週使用一次含氟漱口水 <input type="checkbox"/> 每半年一次看牙醫；未滿 12 歲弱勢兒童，每 3 個月一次塗氟 <input type="checkbox"/> 照護者教導、 監督幼兒 的刷牙動作	(2)處置代碼	(3)評估代碼	S：施作 sealant N：未施作 sealant	a.完整留存 b.部分脫落，無蛀蝕補施作 c.脫落，無蛀蝕補施作 d.脫落，已蛀蝕轉介治療
施作日期	恆牙第一大白齒窩溝封填之牙位施作情況	建議事項																																																																																																															
民國____年____月____日	<table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置代碼</td></tr></table>	16 (IC)	26 (IC)	狀況代碼	處置代碼	46 (IC)	36 (IC)	狀況代碼	處置代碼	院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：民國____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____																																																																																																							
16 (IC)	26 (IC)																																																																																																																
狀況代碼	處置代碼																																																																																																																
46 (IC)	36 (IC)																																																																																																																
狀況代碼	處置代碼																																																																																																																
民國____年____月____日	<table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table>	16 (IC)	26 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	46 (IC)	36 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：民國____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____																																																																																																							
16 (IC)	26 (IC)																																																																																																																
狀況代碼	處置/評估代碼																																																																																																																
46 (IC)	36 (IC)																																																																																																																
狀況代碼	處置/評估代碼																																																																																																																
民國____年____月____日	<table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table>	16 (IC)	26 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	46 (IC)	36 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：民國____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____																																																																																																							
16 (IC)	26 (IC)																																																																																																																
狀況代碼	處置/評估代碼																																																																																																																
46 (IC)	36 (IC)																																																																																																																
狀況代碼	處置/評估代碼																																																																																																																
民國____年____月____日	<table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table>	16 (IC)	26 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	46 (IC)	36 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：民國____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____																																																																																																							
16 (IC)	26 (IC)																																																																																																																
狀況代碼	處置/評估代碼																																																																																																																
46 (IC)	36 (IC)																																																																																																																
狀況代碼	處置/評估代碼																																																																																																																
施作日期	恆牙第一大白齒窩溝封填之牙位施作情況	建議事項																																																																																																															
____年____月____日	<table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置代碼</td></tr></table>	16 (IC)	26 (IC)	狀況代碼	處置代碼	46 (IC)	36 (IC)	狀況代碼	處置代碼	院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____																																																																																																							
16 (IC)	26 (IC)																																																																																																																
狀況代碼	處置代碼																																																																																																																
46 (IC)	36 (IC)																																																																																																																
狀況代碼	處置代碼																																																																																																																
____年____月____日	<table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table>	16 (IC)	26 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	46 (IC)	36 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____																																																																																																							
16 (IC)	26 (IC)																																																																																																																
狀況代碼	處置/評估代碼																																																																																																																
46 (IC)	36 (IC)																																																																																																																
狀況代碼	處置/評估代碼																																																																																																																
____年____月____日	<table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table>	16 (IC)	26 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	46 (IC)	36 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____																																																																																																							
16 (IC)	26 (IC)																																																																																																																
狀況代碼	處置/評估代碼																																																																																																																
46 (IC)	36 (IC)																																																																																																																
狀況代碼	處置/評估代碼																																																																																																																
____年____月____日	<table><tr><td>16 (IC)</td><td>26 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr><tr><td>46 (IC)</td><td>36 (IC)</td></tr><tr><td>狀況代碼</td><td>處置/評估代碼</td></tr></table>	16 (IC)	26 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	46 (IC)	36 (IC)	狀況代碼	處置/評估代碼	院所：____ 醫師：____ <input type="checkbox"/> 預約下次回診時間：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 已提供下列衛教指導 <input type="checkbox"/> 其他建議：____																																																																																																							
16 (IC)	26 (IC)																																																																																																																
狀況代碼	處置/評估代碼																																																																																																																
46 (IC)	36 (IC)																																																																																																																
狀況代碼	處置/評估代碼																																																																																																																
填寫之代碼說明(1)牙齒狀況代碼	(4)施作窩溝封劑之適應症																																																																																																																
尚未萌出 0 部分萌出 { 1 咬合面未露出，完好 2 咬合面已露出，完好 3 已蛀蝕(decayed) 4 已填補(filled) 5 完好 完全萌出 { 6 已蛀蝕(decayed) 7 已填補(filled) 缺牙或已拔除 X (missing)	1.可施作對象：恆牙第一大白齒，其「牙齒狀況代碼」為「2」或「5」者。如狀況代碼為「3」或「6」，需經牙醫師專業判斷後方可施作。 2.封填後 6、12 個月進行評估，若有脫落可至診所填補。 (5)口腔保健衛教指導 <input type="checkbox"/> 睡前一定要刷牙；一天使用 1,000ppm 含氟牙膏至少刷牙兩次 <input type="checkbox"/> 使用牙線潔牙，每天至少一次 <input type="checkbox"/> 少甜食，多漱口，攝取均衡的營養，天天五蔬果 <input type="checkbox"/> 配合學校每週使用一次含氟漱口水 <input type="checkbox"/> 每 3 至 6 個月看一次牙醫；未滿 12 歲弱勢兒童，每 3 個月一次塗氟 <input type="checkbox"/> 照護者教導、 宣導學童 的刷牙動作																																																																																																																
(2)處置代碼	(3)評估代碼																																																																																																																
S：已施作 N：未施作	a.完整留存 b.部分脫落，無蛀蝕補施作 c.脫落，無蛀蝕補施作 d.脫落，已蛀蝕轉介治療																																																																																																																
填寫之代碼說明(1)牙齒狀況代碼	(4)施作窩溝封劑之 Indications																																																																																																																
尚未萌出 0 部分萌出 { 1 咬合面未露出，完好 2 咬合面已露出，完好 3 已蛀蝕(decayed) 4 已填補(filled) 5 完好 完全萌出 { 6 已蛀蝕(decayed) 7 已填補(filled) 缺牙或已拔除 X (missing)	1.可施作對象：恆牙第一大白齒，其「牙齒狀況代碼」為「2」或「5」者。如狀況代碼為「3」或「6」，需經牙醫師專業判斷後方可施作。 2.封填後 6、12 個月進行評估，若有脫落可至診所填補。 (5)口腔保健衛教指導 <input type="checkbox"/> 睡前一定要刷牙；一天用含氟牙膏至少刷牙兩次 <input type="checkbox"/> 使用牙線潔牙，每天至少一次 <input type="checkbox"/> 少甜食，多漱口，攝取均衡的營養，天天五蔬果 <input type="checkbox"/> 配合學校每週使用一次含氟漱口水 <input type="checkbox"/> 每半年一次看牙醫；未滿 12 歲弱勢兒童，每 3 個月一次塗氟 <input type="checkbox"/> 照護者教導、 監督幼兒 的刷牙動作																																																																																																																
(2)處置代碼	(3)評估代碼																																																																																																																
S：施作 sealant N：未施作 sealant	a.完整留存 b.部分脫落，無蛀蝕補施作 c.脫落，無蛀蝕補施作 d.脫落，已蛀蝕轉介治療																																																																																																																

修正規定	現行規定	說明																																																																																																																																							
	<div>附錄 2-4</div> <div>國小學童窩溝封填補助服務方案【學校巡迴服務】執行表</div> <div>學校名稱： 小學 班級： 年 班 院所名稱及代號：</div> <table><tr><th>編號</th><th>學童姓名</th><th>生日 (年/月/日)</th><th>性別</th><th colspan="8">牙齒狀況與處置方式(請見「填寫之代碼與說明」)</th><th>服務醫師 簽名</th><th>施作日期 (年/月/日)</th><th>醫令代 碼</th></tr><tr><th></th><th></th><th></th><th></th><th colspan="2">16 (IC○○○)</th><th colspan="2">26 (IC○○○)</th><th colspan="2">36 (IC○○○)</th><th colspan="2">46 (IC○○○)</th><th></th><th></th><th></th></tr><tr><th></th><th></th><th></th><th></th><th>狀況代碼</th><th>處置/評估代碼</th><th>狀況代碼</th><th>處置/評估代碼</th><th>狀況代碼</th><th>評估代碼</th><th>狀況代碼</th><th>評估代碼</th><th></th><th></th><th></th></tr><tr><td>範例</td><td>陳 X 國</td><td>96/12/01</td><td>男</td><td>1</td><td>N</td><td>2</td><td>S</td><td>5</td><td>S</td><td>7</td><td>N</td><td></td><td>103/12/20</td><td>8B、8C</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <div>(一) 填寫之代碼與說明：學生基本資料請學校填寫，餘由施作醫師填寫。</div> <div><div><div>(1)牙齒狀況代碼</div><div>尚未萌出 0</div><div>部分萌出<ul style="list-style-type: none">1 咬合面未露出，完好。2 咬合面已露出，完好。3 已蛀蝕(decayed)。4 已填補(filled)。5 完好。6 已蛀蝕(decayed)。7 已填補(filled)。完全萌出</div><div>缺牙或已拔除 X(missing)</div></div><div><div>(2)處置代碼</div><div>S：施作 sealant。</div><div>N：未施作 sealant。</div><div>(3)窩溝封填評估代碼</div><div>a.完整留存</div><div>b.部分脫落</div><div>c.脫落，無縫熱補施作</div><div>d.脫落，已縫熱補介治療</div></div></div> <div>(二) 施作窩溝封填之 Indications： <input type="checkbox"/>身心障礙者、山地原住民鄉及離島地區國小學童； <input type="checkbox"/>國小學童其「牙齒狀況代碼」為「2」或「5」者。如狀況代碼為「3」或「6」，需經牙醫師專業判斷後方可施作。</div> <div>(三) 施作設備(請✓選)：<input type="checkbox"/>牙科治療椅 <input type="checkbox"/>攜帶型牙科治療器具 (四) 封填後請影印 1 份，學校及牙科醫療院所分別各留存 1 份</div> <div>學校人員： (簽名) 聯絡電話： 學校印章</div>	編號	學童姓名	生日 (年/月/日)	性別	牙齒狀況與處置方式(請見「填寫之代碼與說明」)								服務醫師 簽名	施作日期 (年/月/日)	醫令代 碼					16 (IC○○○)		26 (IC○○○)		36 (IC○○○)		46 (IC○○○)									狀況代碼	處置/評估代碼	狀況代碼	處置/評估代碼	狀況代碼	評估代碼	狀況代碼	評估代碼				範例	陳 X 國	96/12/01	男	1	N	2	S	5	S	7	N		103/12/20	8B、8C																																																																												本附錄刪除。
編號	學童姓名	生日 (年/月/日)	性別	牙齒狀況與處置方式(請見「填寫之代碼與說明」)								服務醫師 簽名	施作日期 (年/月/日)	醫令代 碼																																																																																																																											
				16 (IC○○○)		26 (IC○○○)		36 (IC○○○)		46 (IC○○○)																																																																																																																															
				狀況代碼	處置/評估代碼	狀況代碼	處置/評估代碼	狀況代碼	評估代碼	狀況代碼	評估代碼																																																																																																																														
範例	陳 X 國	96/12/01	男	1	N	2	S	5	S	7	N		103/12/20	8B、8C																																																																																																																											

本附錄刪除。

修正規定	現行規定	說明
<p>附錄 3-1</p> <p>衛生福利部口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單 (113年○月修訂)</p> <p>第一聯：存檢查醫師處</p> <p>稱檢補助對象：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。</p> <p>支付方式：<input type="checkbox"/>預防保健；<input type="checkbox"/>健保醫療給付；<input type="checkbox"/>其他公務預算補助；<input type="checkbox"/>自費健康檢查；<input type="checkbox"/>其他。</p> <p>篩檢地點：<input type="checkbox"/>社區或職場站篩檢；<input type="checkbox"/>醫療院所。</p> <p>檢查醫師科別：<input type="checkbox"/>牙科；<input type="checkbox"/>耳鼻喉科；<input type="checkbox"/>經衛生福利部認可之其他科別專科醫師/專案許可之西醫師。</p> <p>A.基本資料(受檢者自填) 原住民：<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>姓名：_____ 性別：<input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</p> <p>出生日期：民國____年____月____日</p> <p>身分證統一編號：_____</p> <p>統一證號(外籍)：_____</p> <p>聯絡電話：() _____</p> <p>手機：_____</p> <p>現居住地址：(鄉鎮市區代碼：____) _____</p> <p>縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 (街) 段 巷 弄 號 樓</p> <p>教育：<input type="checkbox"/>無；<input type="checkbox"/>小學；<input type="checkbox"/>國(初)中；<input type="checkbox"/>高中(職)；<input type="checkbox"/>專科、大學；<input type="checkbox"/>研究所以上；<input type="checkbox"/>拒答</p> <p>菸酒習慣</p> <p>1.嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/>無； <input type="checkbox"/>已戒； <input type="checkbox"/>嚼10年以下，每天少於20顆； <input type="checkbox"/>嚼10年以下，每天20顆及以上； <input type="checkbox"/>嚼超過10年，每天少於20顆； <input type="checkbox"/>嚼超過10年，每天20顆及以上。</p> <p>2.吸菸習慣： <input type="checkbox"/>無； <input type="checkbox"/>已戒； <input type="checkbox"/>吸10年以下，每天少於20支； <input type="checkbox"/>吸10年以下，每天20支及以上； <input type="checkbox"/>吸超過10年，每天少於20支； <input type="checkbox"/>吸超過10年，每天20支及以上。</p> <p>有無症狀</p> <p>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<input type="checkbox"/>無；<input type="checkbox"/>有</p> <p>*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。</p> <p>確認以上資料及於慣習慣資料正確無誤：_____ (簽名)</p> <p>口腔黏膜檢查情形(初檢醫師填寫)</p> <p>1.檢查醫療院所名稱及代碼：_____</p> <p>門診日期：民國____年____月____日</p> <p>2.檢查結果： <input type="checkbox"/>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)： <input type="checkbox"/>疑似口腔癌；<input type="checkbox"/>口腔內外不明原因之持續性腫塊； <input type="checkbox"/>紅斑；<input type="checkbox"/>紅白斑；<input type="checkbox"/>疣狀增生；<input type="checkbox"/>非均質性白斑； <input type="checkbox"/>均質性厚白斑；<input type="checkbox"/>均質性薄白斑；<input type="checkbox"/>口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)<input type="checkbox"/>約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/腐爛； <input type="checkbox"/>扁平苔瘡；<input type="checkbox"/>口腔黏膜不正常，但診斷未明； <input type="checkbox"/>其他：_____。</p> <p>口腔黏膜初檢異常部位標示圖</p>  <p>檢查醫師簽名或(蓋章)：_____</p> <p>醫師執業執照號碼：_____</p> <p>初篩疑似異常個案轉診單(建議轉介確認診斷醫院科別：口腔顎面外科、耳鼻喉科、口腔病理科、一般內科)</p> <p>1.前項檢查疑似異常個案轉至_____醫院接受確診。</p> <p>2.轉診醫師：_____，聯絡電話：_____</p> <p>B.個案複檢(確診)結果 (由轉診單位依轉診單位通知之轉診結果填寫)</p> <p>1.前項檢查疑似異常個案於檢查後2個月內有沒有接受後續複檢(確診)？<input type="checkbox"/>沒有；<input type="checkbox"/>有。</p> <p>2.沒有接受複檢(確診)理由為：<input type="checkbox"/>無法聯繫；<input type="checkbox"/>出國；<input type="checkbox"/>搬家；<input type="checkbox"/>死亡；<input type="checkbox"/>拒檢；<input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>3.複檢(確診)醫院名稱及代碼：_____</p> <p>複檢(確診)日期：民國____年____月____日</p> <p>4.病理切片：<input type="checkbox"/>無；<input type="checkbox"/>有。</p> <p>5.診斷結果： <input type="checkbox"/>無明顯異常； <input type="checkbox"/>疑似口腔癌； <input type="checkbox"/>紅斑； <input type="checkbox"/>紅白斑； <input type="checkbox"/>非均質性白斑；<input type="checkbox"/>均質性厚白斑； <input type="checkbox"/>均質性薄白斑； <input type="checkbox"/>疣狀增生；<input type="checkbox"/>口腔黏膜下纖維化症； <input type="checkbox"/>扁平苔瘡或類扁平苔瘡反應； <input type="checkbox"/>其他：_____。</p> <p>經病理診斷(確診)為： <input type="checkbox"/>口腔癌； <input type="checkbox"/>上皮異型(□□輕度□□中度□□重度)； <input type="checkbox"/>其他：_____。</p> <p>6.治療： <input type="checkbox"/>無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入； <input type="checkbox"/>有微手術、放藥、化療或其他治療， 治療醫院名稱及代碼：_____； <input type="checkbox"/>個案拒絕治療，理由：_____。</p>		<p>本附錄係參考「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」附表六之四新增，並依本注意事項第六點，於「檢查醫師科別」之第3項增列專案許可之西醫師；另酌修檢查補助單位為衛生福利部口腔健康司，及預防保健口腔黏膜檢查確認診斷及治療醫院查詢路徑。</p>

修正規定	現行規定	說明
<p align="center">衛生福利部口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單 (113年○月修訂)</p> <p align="right">第二聯：存檔及治療醫院</p> <p>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。</p> <p>支付方式：<input type="checkbox"/>預防保健；<input checked="" type="checkbox"/>健保醫療給付；<input type="checkbox"/>其他公費預算補助；<input type="checkbox"/>自費健康檢查；<input type="checkbox"/>其他。</p> <p>篩檢地點：<input type="checkbox"/>社區或職場設站篩檢；<input type="checkbox"/>醫療院所。</p> <p>檢查醫師科別：<input type="checkbox"/>牙科；<input type="checkbox"/>耳鼻喉科；<input type="checkbox"/>經衛生福利部認可之其他科別專科醫師/專案許可之西醫師。</p> <p>A.基本資料(受檢者自填) 原住民：<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>姓名：_____ 性別：<input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</p> <p>出生日期：民國____年____月____日</p> <p>身分證統一編號：_____</p> <p>統一證號(外籍)：_____</p> <p>聯絡電話：() _____</p> <p>手機：_____</p> <p>現居住地址：(鄉鎮市區代碼)：_____</p> <p>縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 (街) 段 巷 弄 號</p> <p>教育：<input type="checkbox"/>無；<input type="checkbox"/>小學；<input type="checkbox"/>國(初)中；<input type="checkbox"/>高中(職)；<input type="checkbox"/>專科、大學；<input type="checkbox"/>研究所以上；<input type="checkbox"/>拒答</p> <p>菸酒習慣</p> <p>1.嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/>無； <input checked="" type="checkbox"/>已戒； <input type="checkbox"/>吸10年以下，每天少於20顆； <input type="checkbox"/>吸10年以下，每天20顆及以上； <input type="checkbox"/>吸超過10年，每天少於20顆； <input type="checkbox"/>吸超過10年，每天20顆及以上。</p> <p>2.吸菸習慣： <input type="checkbox"/>無； <input checked="" type="checkbox"/>已戒； <input type="checkbox"/>吸10年以下，每天少於20支； <input type="checkbox"/>吸10年以下，每天20支及以上； <input type="checkbox"/>吸超過10年，每天少於20支； <input type="checkbox"/>吸超過10年，每天20支及以上。</p> <p>有無症狀</p> <p>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<input type="checkbox"/>無；<input checked="" type="checkbox"/>有</p> <p>*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。</p> <p>確認以上資料及菸酒習慣資料正確無誤： (簽名) _____</p> <p>口腔黏膜檢查情形(初檢醫師填寫)</p> <p>1.檢查醫療院所名稱及代碼：_____</p> <p>門診日期：民國____年____月____日</p> <p>2.檢查結果： <input type="checkbox"/>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數小者)： <input checked="" type="checkbox"/>疑似口腔癌；<input type="checkbox"/>口腔內外不明原因之持續性腫塊； <input type="checkbox"/>紅斑；<input checked="" type="checkbox"/>紅白斑；<input type="checkbox"/>疣狀增生；<input type="checkbox"/>非均質性白斑； <input type="checkbox"/>均質性厚白斑；<input type="checkbox"/>均質性薄白斑；<input type="checkbox"/>口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)<input type="checkbox"/>約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛； <input type="checkbox"/>扁平苔癬；<input type="checkbox"/>口腔黏膜不正常，但診斷未明； <input type="checkbox"/>其他：_____。</p>	<p align="center">口腔黏膜初檢異常部位標示圖</p>  <p> Aa/Au: 口唇 Ba/Bo: 頰黏膜 Ca/Cu: 白齒後三角區 Da/Du: 上牙齦/齒齦黏膜 Ea/Eu: 下牙齦/齒齦黏膜 Fa/Fu: 舌 Ga/Gu: 口底黏膜 Ha/Hu: 硬腭 Ia/Iu: 軟腭 Ja/Ju: 扁桃體 Ka/Ku: 口咽後壁黏膜 La: 其他 Ma/Mu: 頸部頸後 </p> <p>檢查醫師簽名或(蓋章)：_____</p> <p>醫師執業執照號碼：_____</p> <p>初篩疑似異常個案轉診序(建議轉介確檢診斷醫院科別：口腔顎面外科、耳鼻喉科、口腔病理科、一般病理科)</p> <p>1.前項檢查疑似異常個案轉至_____醫院接受確診。</p> <p>2.轉診醫師：_____，聯絡電話：_____</p> <p>B.個案追蹤(確診)結果 (由篩檢單位於轉診後2個月內有無接受後續複檢(確診)?<input type="checkbox"/>沒有；<input checked="" type="checkbox"/>有)</p> <p>1.沒有接受複檢(確診)理由為：<input type="checkbox"/>無法聯繫；<input type="checkbox"/>出國；<input type="checkbox"/>搬家；<input type="checkbox"/>死亡；<input type="checkbox"/>拒做；<input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>2.複檢(確診)醫院名稱及代碼：_____</p> <p>複檢(確診)日期：民國____年____月____日</p> <p>3.病理切片：<input type="checkbox"/>無；<input checked="" type="checkbox"/>有。</p> <p>4.診斷結果： 經臨床診斷(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變： <input type="checkbox"/>無明顯異常； <input type="checkbox"/>疑似口腔癌； <input type="checkbox"/>紅斑； <input type="checkbox"/>紅白斑； <input type="checkbox"/>非均質性白斑；<input type="checkbox"/>均質性厚白斑； <input type="checkbox"/>均質性薄白斑； <input type="checkbox"/>疣狀增生；<input type="checkbox"/>口腔黏膜下纖維化症； <input type="checkbox"/>扁平苔癬或類扁平苔癬反應； <input type="checkbox"/>其他：_____。 </p> <p>經病理診斷(確診)為： <input type="checkbox"/>口腔癌； <input type="checkbox"/>上皮變異(<input type="checkbox"/>輕度<input type="checkbox"/>中度<input type="checkbox"/>重度)； <input type="checkbox"/>其他：_____。 </p> <p>5.治療： <input type="checkbox"/>無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入； <input type="checkbox"/>有做手術、放療、化療或其他治療， 治療醫院名稱及代碼：_____； <input type="checkbox"/>個案拒絕治療，理由：_____。 </p>	

修正規定	現行規定	說明
<p>附錄 3-2</p> <p>衛生福利部十八歲以上至未滿三十歲具原住民身分且有嚼 (戒)檳榔行為之口腔黏膜檢查服務聲明書</p> <p>立聲明書人 (以下簡稱本人)，</p> <p>因為 之原因，故無法出具原住民證明 相關文件，茲證明我具原住民身分且有嚼(戒)檳榔行為，</p> <p>本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。</p> <p>立聲明書人</p> <p>姓名： (簽名或蓋章)</p> <p>身分證統一編號：</p> <p>通訊地址：</p> <p>聯絡電話：</p> <p>中華民國 年 月 日</p> <p>備註：本資料請醫療院所留存於病歷中。</p>		<p>本附錄係參考「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」附表六之五新增，酌修檢查補助單位為衛生福利部口腔健康司。</p>

修正規定	現行規定	說明																																																																																																												
<div>附錄 3-3</div> <div>本部口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單電子檔申報格式</div> <div>電子檔輸入格式注意事項： 一、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【表一】格式輸入醫事機構聯絡資料，俾利回復資料檢核結果，第二筆以後資料則按【表二】或【表三】格式輸入個案之檢查結果資料或確診結果。 二、格式欄位 V 為必填、△為非必填或條件限制下必填； 三、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）。 四、一個中文字算一個 byte。文件請用 ANSI 格式匯出。</div> <div>表一、醫療機構聯絡資料</div> <table><tr><th>序號</th><th>欄位名稱</th><th>屬性</th><th>長度</th><th>必填</th><th>備註</th></tr><tr><td>1</td><td>醫事機構代碼</td><td>文字</td><td>10</td><td>V</td><td>健保署特約醫事機構代碼</td></tr><tr><td>2</td><td>聯絡人姓名</td><td>文字</td><td>10</td><td>V</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>聯絡人電話</td><td>文字</td><td>20</td><td>V</td><td>電話區號以括號表示；分機以#表示，如：(02) 34567890#123</td></tr><tr><td>4</td><td>回復報告的電子信箱</td><td>文字</td><td>50</td><td>△</td><td>必須填寫正確電子信箱格式，如：test@email.com.tw</td></tr><tr><td colspan="3">第一筆資料總長度</td><td>90</td><td></td><td></td></tr></table> <div>表二、檢查結果資料</div> <table><tr><th>序號</th><th>欄位名稱</th><th>屬性</th><th>長度</th><th>必填</th><th>備註</th></tr><tr><td>1</td><td>支付方式</td><td>文字</td><td>1</td><td>V</td><td>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 9：其他</td></tr><tr><td>2</td><td>篩檢地點</td><td>文字</td><td>1</td><td>V</td><td>1：社區或職場設站篩檢； 2：醫療院所。</td></tr><tr><td>3</td><td>檢查醫師科別</td><td>文字</td><td>1</td><td>V</td><td>1：牙科； 2：耳鼻喉科； 3：經衛生福利部核可之其他科別專科醫師/專案許可之西醫師。</td></tr><tr><td>4</td><td>醫令代碼</td><td>文字</td><td>2</td><td>V</td><td>95：30歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者； 97：18歲以上至未滿30歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民。</td></tr><tr><td>5</td><td>姓名</td><td>文字</td><td>10</td><td>V</td><td>以10個字元為上限，外國名亦同</td></tr><tr><td>6</td><td>性別</td><td>文字</td><td>1</td><td>V</td><td>1：男；2：女。</td></tr><tr><td>7</td><td>出生日期</td><td>文字</td><td>7</td><td>V</td><td>YYMMDD，例如38年2月1日鍵入0380201</td></tr><tr><td>8</td><td>原住民</td><td>文字</td><td>1</td><td>V</td><td>1：是；2：否。</td></tr><tr><td>9</td><td>身分證統一編號或統一證號</td><td>文字</td><td>10</td><td>V</td><td>身分證統一編號或外籍統一證號，只接受5~10碼，大寫半型英數字元。如：A123456789</td></tr><tr><td>10</td><td>聯絡電話</td><td>文字</td><td>20</td><td>△</td><td>電話區號以括號表示；分機以#表示，如：(02) 34567890#123</td></tr><tr><td>11</td><td>手機</td><td>文字</td><td>10</td><td>△</td><td>聯絡電話與手機擇一必填。</td></tr></table>	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	回復報告的電子信箱	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			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； 3：健保醫療給付； 4：其他公務預算補助； 5：自費健康檢查 9：其他	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：經衛生福利部核可之其他科別專科醫師/專案許可之西醫師。	4	醫令代碼	文字	2	V	95：30歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者； 97：18歲以上至未滿30歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民。	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	YYMMDD，例如38年2月1日鍵入0380201	8	原住民	文字	1	V	1：是；2：否。	9	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，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。		本附錄係參考「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」附表六之六新增，並依本注意事項第六點，於「檢查醫師科別」欄位之第3項增列專案許可之西醫師。
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	回復報告的電子信箱	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																																																																																																											
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； 3：健保醫療給付； 4：其他公務預算補助； 5：自費健康檢查 9：其他																																																																																																									
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：經衛生福利部核可之其他科別專科醫師/專案許可之西醫師。																																																																																																									
4	醫令代碼	文字	2	V	95：30歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者； 97：18歲以上至未滿30歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民。																																																																																																									
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	YYMMDD，例如38年2月1日鍵入0380201																																																																																																									
8	原住民	文字	1	V	1：是；2：否。																																																																																																									
9	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，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。																																																																																																									

修正規定					現行規定	說明
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		
14	教育	文字	1	V	1: 無 2: 小學 3: 國(初)中 4: 高中(職) 5: 專科、大學 6: 研究所以上 7: 拒答。	
15	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	
16	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	
17	有無症狀	文字	1	V	0: 無 1: 有	
18	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	
19	門診日期	文字	7	V	YYMMDD，例如99年2月1日鍵入0990201，服務對象看診日期	
20	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； 99: 其他。	
21	檢查結果-其他敘述	文字	40	△	檢查結果選「99: 其他」時，此欄為必填	

修正規定					現行規定	說明
22	檢查結果部位	文字	75	△	<p>若檢查結果為0以外之代碼，口腔黏膜初檢異常部位編碼為必填（可複選，請以逗號分隔）。 AU：口唇(上) AD：口唇(下) BR：頰黏膜(右) BL：頰黏膜(左) CR：白齒後三角區(右) CL：白齒後三角區(左) DR：上牙齦/齒槽黏膜(右) DL：上牙齦/齒槽黏膜(左) ER：下牙齦/齒槽黏膜(右) EL：下牙齦/齒槽黏膜(左) FR：舌(右) FL：舌(左) GR：口底黏膜(右) GL：口底黏膜(左) HR：硬腭(右) HL：硬腭(左) IR：軟腭(右) IL：軟腭(左) JR：扁桃體(右) JL：扁桃體(左) KR：口咽後壁黏膜(右) KL：口咽後壁黏膜(左) L：其他 MR：頸部腫塊(右) ML：頸部腫塊(左)</p>	
23	檢查結果部位-其他敘述	文字	40	△	檢查結果部位選「L：其他」時，此欄為必填	
24	前項檢查疑似異常個案轉至醫院代碼	文字	10	△	<p>健保署特約醫事機構代碼（一律為10碼） 20檢查結果為「0」，不可匯入確診 無資料時請以10個字元的空白代替</p>	
25	前項檢查疑似異常個案轉診醫院電話	文字	20	△	<p>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</p>	
26	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			346			

修正規定						現行規定	說明
表三、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	YYYYMMDD，例如38年2月1日鍵入0380201		
3	確診個案身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外藉統一證號，只接受5~10碼，大寫半型英數字元，如：A123456789。與表二序號9身分證統一編號或統一證號相同。		
4	檢查醫療院所代碼	文字	10	V	與表二的序號18檢查醫療院所代碼相同。		
5	門診日期	文字	7	V	YYYYMMDD，例如99年2月1日鍵入0990201 與表二的序號19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	疑似異常個案二個月內後續確診	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：疑似異常個案後續確診為「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	複檢(確診)醫院代碼	文字	10	△	若7：疑似異常個案後續確診為「1：有」時，此欄必填。健保署特約醫事機構代碼（一律為10碼）		
11	複檢(確診)日期	文字	7	△	YYYYMMDD，例如99年3月1日鍵入0990301 若7：疑似異常個案後續確診為「1：有」時，此欄必填。		
12	病理切片	文字	1	△	0：無；1：有。 若11：複檢(確診)日期有填寫時，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：無明顯異常； 08：非均質性白斑 09：均質性厚白斑 10：均質性薄白斑 12：紅斑； 13：紅白斑； 14：疣狀增生； 15：口腔黏膜纖維化； 16：扁平苔蘚或類扁平苔癬反應； 20：疑似口腔癌 99：其他 若11：複檢(確診)日期有填寫時，此欄必填。		

修正規定						現行規定	說明
14	臨床診斷（複檢）結果-非口腔癌之其他病變-其他敘述	文字	40	△	（臨床診斷（複檢）結果-非口腔癌之其他病變選「99：其他」時，此欄為必填）		
15	經病理診斷（確診）結果-病理診斷	文字	2	△	21：口腔癌； 22：上皮變異； 23：輕度上皮變異； 24：中度上皮變異； 25：重度上皮變異； 99：其他。 若12之病理切片為「1有」時為必填。		
16	經病理診斷（確診）結果-病理診斷-其他敘述	文字	40	△	經15病理診斷（確診）結果-病理診斷選「99：其他」時，此欄為必填		
17	治療	文字	1	△	0：無； 1：有； 2：個案拒絕治療。 若11：複檢（確診）日期有填寫時，13診斷（確診）結果非「00：正常」時，此欄必填。 若11：複檢（確診）日期有填寫時，且15診斷（確診）結果非空白時，此欄必填。		
18	治療醫院代碼	文字	10	△	若17：治療為「1有」時必填。 疑似異常個案後續確診為「0沒有」時非必填。		
每筆資料總長度			211				
表四、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	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受5~10碼，大寫半型英數字元，如：A123456789。		
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	YYYYMMDD，例如99年2月1日鍵入0990201		
每筆資料總長度			27				
表五、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	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	身分證統一編號或外籍統一證號，只接受5~10碼，大寫半型英數字元，如：A123456789。		
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	YYYYMMDD，例如99年2月1日鍵入0990201		
每筆資料總長度			27				
上述表四及表五的刪除欄位均相同，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							
一、口腔檢查結果：每筆資料均為固定長度，共 26 個欄位／346 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。							

修正規定	現行規定	說明
<p><u>二、口腔確診追蹤：每筆資料均為固定長度，共 18 個欄位／211 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。</u></p> <p><u>三、產生 txt 的命名規則為：OralA 檢驗單位健保代碼_5 碼.txt</u></p> <p><u>如：OralA3831040864_10101.txt</u></p> <p><u>上傳檔案名稱命名範例—</u></p> <p><u>口腔檢查結果匯入檔名稱：OralA3831040864_10101.txt</u></p> <p><u>口腔檢查結果匯入檔名稱（刪除用）：</u></p> <p><u>OralA3831040864_10101_Del.txt</u></p> <p><u>口腔確診追蹤匯入檔名稱：OralB3831040864_10101.txt</u></p> <p><u>口腔確診追蹤匯入檔名稱（刪除用）：</u></p> <p><u>OralB3831040864_10101_Del.txt</u></p> <p><u>檔名亦可如下方式命名為：</u></p> <p><u>例如，口腔黏膜篩檢匯入檔名稱：</u></p> <p><u>OralA3831040864_101A1.txt</u></p> <p><u>上述檔案的「_」後面只要 5 碼即可，文字數字皆可接受</u></p>		

修正規定	現行規定	說明
<p>附錄 4</p> <p style="text-align: center;">口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單⁴⁾</p> <p style="text-align: center;">口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果⁴⁾</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>複檢(確診)醫院名稱及代碼：_____⁴⁾</p> <p>複檢(確診)日期：民國_____年____月____日⁴⁾</p> <p>臨床診斷(複檢)結果⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>⑩無明顯異常 <input type="checkbox"/>⑪疑似口腔癌 <input type="checkbox"/>⑫紅斑 <input type="checkbox"/>⑬紅白斑 <input type="checkbox"/>⑭非均質性白斑 <input type="checkbox"/>⑮均質性厚白斑⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>⑯均質性薄白斑 <input type="checkbox"/>⑰疣狀增生 <input type="checkbox"/>⑱口腔黏膜下纖維化症 <input type="checkbox"/>⑲扁平苔癬或類扁平苔癬反應(lichen planus, lichenoid reaction) <input type="checkbox"/>⑳其他_____⁴⁾</p> <p>病理診斷(確診)結果 病理切片：<input type="checkbox"/>㉑無，<input type="checkbox"/>㉒有⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>㉓正常⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>㉔上皮過度角化或上皮增生(Hyperkeratosis and/or epithelial hyperplasia)⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>㉕輕度上皮變異(Mild dysplasia, SIN1, basal cell hyperplasia)⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>㉖中度上皮變異(Moderate dysplasia, SIN2-high-grade)⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>㉗重度上皮變異(Severe dysplasia, SIN3-high-grade)⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>㉘原位癌(Carcinoma in situ)⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>㉙口腔鱗狀細胞癌(Oral Squamous cell carcinoma, <u>including</u> verrucous carcinoma, <u>adenosquamous carcinoma</u>)⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>㉚其他惡性度未定之非鱗狀上皮病變(squamous lesions with uncertain malignant potential, including salivary gland neoplasm, atypical spindle cells, atypical lymphoid cells...) ⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>㉛其他良性病變(other benign lesions)⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>㉜非典型鱗狀病變，惡性度未定(Atypical squamous lesions or atypia with uncertain malignant potential)⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>㉝口腔咽部鱗狀細胞癌(Oropharyngeal squamous cell carcinoma)⁴⁾</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>P16 陽性鱗狀細胞癌(P16-positive squamous cell carcinoma)⁴⁾</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>P16 陰性鱗狀細胞癌(P16-negative squamous cell carcinoma)⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>㉞其他惡性腫瘤(Other malignant tumors: salivary gland carcinoma, other carcinoma, sarcoma lymphoma, melanoma...) ⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>㉟疣狀病變/增生(Verrucous lesion, Verrucous hyperplasia, atypical verrucous hyperplasia)⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>㊱口腔黏膜下纖維化症(Oral submucous fibrosis)⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>㊲扁平苔癬或類扁平苔癬反應(lichen planus, lichenoid reaction)⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/>㊳其他(others) _____⁴⁾</p> <p>複檢(確診)醫師簽名(蓋章)：_____，執業執照號碼：_____⁴⁾</p> <p><small>※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之切片確立診斷醫事服務機構上傳至口腔癌篩檢與追蹤系統。 。</small></p> <p><small>※本計畫應取釋個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。 。</small></p> </div>		<p>因應「113 年全民健康保險癌症治療品質改善計畫」服務內容納入本注意事項，新增附錄 4「口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果」</p>

