

醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項部分規定修正規定

二、全民健康保險特約醫事服務機構（以下稱醫事服務機構）提供第三點所定對象預防保健服務，應向健保署提出服務項目之申請；有關補助醫療費用之申報、核付與申復作業，依本注意事項及全民健康保險相關規定辦理。

三、醫事服務機構執行各項預防保健服務之項目、機構資格、執行人員資格、服務對象、時程、服務內容、補助金額、服務對象資格查核、表單填寫與保存及相關作業流程、申請書、檢查紀錄結果表單、申報格式規定如下：

- （一）兒童預防保健服務如附表一之一至附表一之十一。
- （二）孕婦產前預防保健服務如附表二之一至附表二之二十一。
- （三）婦女子宮頸抹片檢查服務如附表三之一至附表三之五。
- （四）婦女乳房 X 光攝影檢查服務如附表四之一至附表四之八。
- （五）定量免疫法糞便潛血檢查服務如附表五之一至附表五之五。
- （六）口腔黏膜檢查服務如附表六之一至附表六之六。
- （七）成人預防保健服務如附表七之一至附表七之六。

五、醫事服務機構申請辦理預防保健社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意；申請兒童預防保健服務或成人預防保健服務，並應另依第三點第一款附表一之一及第七款附表七之一規定辦理。

未依前項規定辦理者，本部不予核付費用。

六、醫事服務機構辦理預防保健服務，應與服務對象充分溝通並善盡查核之責，如經醫事服務機構查核發現健保卡與服務對象不符、服務對象資格舉證不實、服務對象超次使用服務或其他不符合各

項預防保健服務規定之情事時，醫事服務機構不得向本部申報費用。

醫事服務機構辦理各項癌症篩檢，經查核服務對象領有該項癌症之重大傷病卡，醫事服務機構應循全民健康保險法規定辦理，不得向本部申報費用。

醫事服務機構辦理成人預防保健服務，其二階服務間隔時間超過三個月者，不得向本部申報第二階段服務之費用。

八、醫事服務機構應自提供各項預防保健服務日之次月一日起一個月內，向健保署申報費用，未依限申報者得於屆期日起五個月內補行申報，如仍未申報，本部不予核付費用。

醫事服務機構已依其他法令向政府機關申報相同項目之費用者，不得重複申報預防保健費用。

九、醫事服務機構應自提供第二項以外預防保健服務日之次月一日起六十日內，依各項預防保健服務規定，詳實登錄上傳該項目之檢查表單至健康署指定之系統。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，屆期仍未補正者，本部不予核付費用。

醫事服務機構應自提供新生兒聽力篩檢或各項孕婦產前預防保健服務日之次日起十四日內，依該項預防保健服務規定，詳實登錄上傳該項目之檢查結果至健康署指定之系統。屆期未登錄上傳相關資料，本部不予核付費用；醫事服務機構有異議時，得提起申復。

附表六之一 執行口腔黏膜檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
口腔黏膜檢查服務	一、辦理口腔癌確認診斷之醫事機構，須符合「醫療機構設置標準」所定之醫院類別。 二、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 (二) 口鏡 (三) 充足的光源(LED 頭燈或站立式光源) 三、特約醫事服務機構辦理口腔黏膜檢查服務，其口腔癌及癌前病變偵測率若連續二年未達健康署所訂之標準，本部得暫停其辦理口腔黏膜檢查資格，視其後續接受訓練及實際審查結果，再辦理資格恢復之申請。	申請辦理口腔黏膜檢查服務者，應有登記執業之牙科、耳鼻喉科專科醫師；除牙科、耳鼻喉科專科醫師外，其他科別專科醫師以西醫專科、中醫師需同時具有西醫專科或中西醫整合專科為限，應接受並通過相關訓練後，始能取得辦理本服務之資格。口腔黏膜檢查服務應由前述人員執行之。

其他應配合事項：

- 一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源為「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐經費補助」。
- 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。
- 三、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。
- 四、特約醫事服務機構辦理口腔黏膜檢查服務，其口腔癌及癌前病變偵測率若連續二年未達健康署所訂之標準，本部得暫停其辦理口腔黏膜檢查服務資格，視其後續接受訓練及實際審查結果，再辦理資格恢復之申請。

附表六之二 口腔黏膜檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
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	130
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	130
		口腔黏膜檢查服務品質(備註二)		20

備註：

一、有關身分、年齡條件及篩檢間隔條件之檢核條件如下：

(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。

(二) 篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年－前次就醫年 ≥ 2 」。

(三) 補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為。

1、代碼 95 之年齡條件定義為「就醫年－出生年 ≥ 30 」。2、代碼 97 之年齡條件定義為「 $18 \leq$ 就醫年－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。

二、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)：

(一) 完整申報篩檢個案「菸檳行為」達 95%。

(二) 篩檢陽性個案電話追蹤和申報至少達 95%，且二個月內接受後續確診至少達 60%；口腔癌及癌前病變偵測率不得為 0。

(三) 篩檢陽性個案追蹤結果為「無法聯繫」、「出國」及「搬家」及「拒做」者小於 10%。

附表六之三 口腔黏膜檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存

類別	內容
服務對象資格查核	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，於服務前查核健保卡註記或查詢口腔癌篩檢系統(VPN)篩檢資格。 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，應請其填具聲明書，如附表六之五)，並於病歷上登載「原住民」身分別備查。
表單填寫與保存	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」(如附表六之四)詳實記載，並登錄上傳至健康署指定之系統。

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

第一聯：存檢查醫療機構

篩檢補助對象：30歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣之民眾、18歲以上未滿30歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民，每2年1次。

支付方式：☐①預防保健；☐③健保醫療給付；☐④其他公務預算補助；☐⑤自費健康檢查；☐⑨其他。篩檢地點：☐①社區或職場設站篩檢；☐②醫療院所。檢查醫師科別：☐①牙科；☐②耳鼻喉科；☐③經健康署核可之其他科別專科醫師。

A:基本資料 (受檢者自填)

原住民：☐是 ☐否姓名：_____ 性別：☐男 ☐女

出生日期：民國_____年_____月_____日

身分證統一編號

統一證號(外籍)：_____

聯絡電話：() _____

手機：_____

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：_____)

縣	鄉鎮	村	路
市	市區	里	(街)
段	巷	弄	號 樓

教育：☐①無；☐②小學；☐③國(初)中；☐④高中(職)；☐⑤專科、大學；☐⑥研究所以上；☐⑦拒答

菸檳習慣

1.嚼檳榔習慣：

☐①無；☐②已戒；☐③嚼10年以下，每天少於20顆；☐④嚼10年以下，每天20顆及以上；☐⑤嚼超過10年，每天少於20顆；☐⑥嚼超過10年，每天20顆及以上。

2.吸菸習慣：

☐①無；☐②已戒；☐③吸10年以下，每天少於20支；☐④吸10年以下，每天20支及以上；☐⑤吸超過10年，每天少於20支；☐⑥吸超過10年，每天20支及以上。

有無症狀

自覺口腔黏膜有無異常症狀？如異常顏色斑塊、口腔黏膜疼痛、難癒合之潰瘍及腫塊症狀☐①無；☐②有
本人同意接受口腔黏膜檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用，並確認以上菸檳習慣正確無誤：_____ (簽名)

口腔黏膜檢查情形 (初檢醫師填寫)

1.檢查醫療院所名稱及代碼：_____

門診日期：民國_____年_____月_____日。

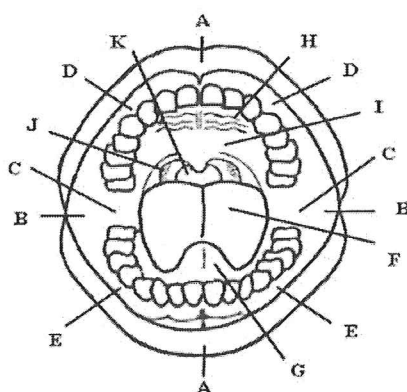
2.檢查結果：

☐①未發現以下需轉介之異常；

需轉介，轉介原因(單選；或同時出現2種以上原因，請將轉介原因代碼標示於口腔黏膜初檢異常部位標示圖並勾選編碼較小者)

☐②疑似口腔癌；☐③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2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：_____。

口腔黏膜初檢異常部位標示圖



A:口唇

B:頰黏膜

C:白齒後三角區

D:上牙齦/齒槽黏膜

E:下牙齦/齒槽黏膜

F:舌

G:口底黏膜

H:硬腭

I:軟腭

J:扁桃體

K:口咽後壁黏膜

L:其他 _____

檢查醫師簽名或(蓋章)：_____

醫師執業執照號碼：_____

初篩陽性個案轉診單

(建議轉介確診醫院科別：口腔顎面外科、耳鼻喉科、口腔病理科、一般病理科)

1.前項檢查陽性個案轉至 _____ 醫院接受確診

2.轉診醫師：_____，聯絡電話：_____

B:個案確診結果 (由複檢醫療院所執行確診個案後填寫)

1.前項檢查陽性個案於檢查後2個月內有沒有接受後續確診？☐①沒有；☐②有。2.沒有接受確診理由為：☐①無法聯繫；☐②出國；☐③搬家；☐④死亡；☐⑤拒做；☐⑥其他 _____3.確診(複檢)醫院名稱及代碼：_____，
確診(複檢)日期：民國_____年_____月_____日4.病理切片：☐①無；☐②有。5.診斷結果：☐③無明顯異常，
經臨床診斷(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變(如可區分白斑型態，請優先勾選⑧⑨⑩)：☐⑪疑似口腔癌；☐⑫紅斑；☐⑬紅白斑；☐⑭白斑；☐⑮非均質性白斑；☐⑯均質性厚白斑；☐⑰均質性薄白斑；☐⑱疣狀增生；☐⑲口腔黏膜下纖維化症；☐⑳扁平苔癬；☐㉑其他：_____。

經病理診斷(確診)為：

☐㉒口腔癌；☐㉓上皮變異(☐㉔輕度☐㉕中度☐㉖重度)；☐㉗其他：_____

6.治療：

☐㉘無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，
已給予衛教介入☐㉙有做手術、放療、化療或其他治療，
治療醫院名稱及代碼 _____。☐㉚個案拒絕治療，
理由 _____。

健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單

(111 年 3 月修訂)

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

第二聯：存確診及治療醫院

篩檢補助對象：30 歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣之民眾、18 歲以上未滿 30 歲有嚼檳榔（含已戒）習慣之原住民，每 2 年 1 次。

支付方式：☐①預防保健；☐②健保醫療給付；☐③其他公務預算補助；☐④自費健康檢查；☐⑤其他。
 篩檢地點：☐①社區或職場設站篩檢；☐②醫療院所。
 檢查醫師科別：☐①牙科；☐②耳鼻喉科；☐③經健康署核可之其他科別專科醫師。

A:基本資料 (受檢者自填) 原住民：☐是 ☐否
 姓名：_____ 性別：☐男 ☐女
 出生日期：民國_____年_____月_____日
 身分證統一編號：_____
 統一證號(外籍)：_____
 聯絡電話：() _____
 手機：_____

現居住地址：(鄉鎮市區代碼：_____) _____

縣 鄉鎮 村 路
 市 市區 里 (街)
 段 巷 弄 號 樓

教育：☐①無；☐②小學；☐③國(初)中；☐④高中(職)；☐⑤專科、大學；☐⑥研究所以上；☐⑦拒答

菸檳習慣

1.嚼檳榔習慣：

- ☐①無；
☐②已戒；
☐③嚼 10 年以下，每天少於 20 顆；
☐④嚼 10 年以下，每天 20 顆及以上；
☐⑤嚼超過 10 年，每天少於 20 顆；
☐⑥嚼超過 10 年，每天 20 顆及以上。

2.吸菸習慣：

- ☐①無；
☐②已戒；
☐③吸 10 年以下，每天少於 20 支；
☐④吸 10 年以下，每天 20 支及以上；
☐⑤吸超過 10 年，每天少於 20 支；
☐⑥吸超過 10 年，每天 20 支及以上。

有無症狀

自覺口腔黏膜有無異常症狀？如異常顏色斑塊、口腔黏膜疼痛、難癒之潰瘍及腫塊症狀☐①無；☐②有
 本人同意接受口腔黏膜檢查，相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用，並確認以上菸檳習慣正確無誤：_____ (簽名)

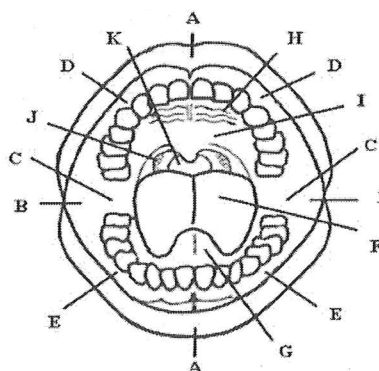
口腔黏膜檢查情形 (初檢醫師填寫)

1.檢查醫療院所名稱及代碼：_____
 門診日期：民國_____年_____月_____日。

2.檢查結果：

- ☐①未發現以下需轉介之異常；
 需轉介，轉介原因(單選；或同時出現 2 種以上原因，請將轉介原因代碼標示於口腔黏膜初檢異常部位標示圖並勾選編碼較小者)
☐②疑似口腔癌；☐③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 2 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：_____。

口腔黏膜初檢異常部位標示圖



- A:口唇
 B:頰黏膜
 C:白齒後三角區
 D:上牙齦/齒槽黏膜
 E:下牙齦/齒槽黏膜
 F:舌
 G:口底黏膜
 H:硬腭
 I:軟腭
 J:扁桃體
 K:口咽後壁黏膜
 L:其他 _____

檢查醫師簽名或(蓋章)：_____

醫師執業執照號碼：_____

初篩陽性個案轉診單

(建議轉介確診醫院科別：口腔顎面外科、耳鼻喉科、口腔病理科、一般病理科)

- 1.前項檢查陽性個案轉至 _____ 醫院接受確診
 2.轉診醫師：_____，聯絡電話：_____

B:個案確診結果 (由複檢醫療院所執行確診個案後填寫)

- 1.前項檢查陽性個案於檢查後 2 個月內有沒有接受後續確診？☐①沒有；☐②有。
 2.沒有接受確診理由為：☐③無法聯繫；☐④出國；☐⑤搬家；☐⑥死亡；☐⑦拒做；☐⑧其他 _____
 3.確診(複檢)醫院名稱及代碼：_____
 確診(複檢)日期：民國_____年_____月_____日
 4.病理切片：☐①無；☐②有。
 5.診斷結果：☐③無明顯異常，經臨床診斷(複檢)為非口腔癌之其他口腔病變(如可區分白斑型態，請優先勾選⑧⑨⑩)：

- ☐⑪疑似口腔癌；
☐⑫紅斑；
☐⑬紅白斑；
☐⑭白斑；
☐⑮非均質性白斑；
☐⑯均質性厚白斑；
☐⑰均質性薄白斑；
☐⑱疣狀增生；
☐⑲口腔黏膜下纖維化症；
☐⑳扁平苔癬；
☐㉑其他：_____。

經病理診斷(確診)為：

- ☐㉒口腔癌；
☐㉓上皮變異(☐㉔輕度☐㉕中度☐㉖重度)；
☐㉗其他：_____

6.治療：

- ☐㉘無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入
☐㉙有做手術、放療、化療或其他治療，治療醫院名稱及代碼 _____。
☐㉚個案拒絕治療，理由 _____。

附表六之五

**健康署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**

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

立聲明書人 _____（以下簡稱本人），

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，
本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名： _____（簽章）

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註：本資料請醫療院所留存於病歷中。

附表六之六

健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單電子檔申報格式

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，俾利回覆資料檢核結果，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。

表一、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		

表二、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； 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：經健康署核可之其他科別專科醫師。
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。

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)
22	檢查結果部位	文字	20	△	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）。 A：口唇 B：頰黏膜 C：白齒後三角區

					D：上牙齦/齒槽黏膜 E：下牙齦/齒槽黏膜 F：舌 G：口底黏膜 H：硬腭 I：軟腭 J：扁桃體 K：口咽後壁黏膜 L：其他
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) 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
25	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
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			291		

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	身分證統一編號或統一證號	文字	10	V	
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	陽性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：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	△	YYYYMMDD，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 11：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 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； 20：疑似口腔癌 99：其他 若 11：確診日期有填寫時，13 或 14 欄位擇 1 必填。
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	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 11：確診日期有填寫時，13 或 14 欄位擇 1 必填。 若 12 之病理切片為「1 有」時為必填。
16	診斷（確診）結果-病理診斷-其他敘述	文字	40	△	（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：確診日期有填寫時，且 13 或 14：診斷結果非「00：正常」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。 陽性個案後續確診為「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	
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		

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	
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 檔案出規則

一、口腔檢查結果：每筆資料均為固定長度，共 24 個欄位／231 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。

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。

三、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。