檔　　號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會　函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：許宮綸(02)25000133 轉 255
電子郵件信箱：klhsu@cda.org.tw

受文者：如正、副本
發文日期：中華民國 114 年 6 月 12 日
發文字號：牙全仁字第 02792 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：　詳如說明

主旨：轉知衛生福利部公告修正「口腔預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則」，詳如說明段，請　查照。

說明：

一、依據 114 年 6 月 5 日，衛部口字第 1142060546B 號函辦理，如附件一。

二、衛生福利部公告「預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則」名稱修正為「口腔預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則」，自即日生效，如附件二；敬請協助週知　貴會會員。

正本：各縣市牙醫師公會
副本：衛生福利部

牙醫全聯會
校對章(251)

理事長 江錫仁

本案依照分層負責規定
授權 口腔衛生委員會 主委決行

請轉知全體會員。
收閱日期 114年6月17日
指示：閱張天俊

收發文日期 114. 6. 16
編　號

檔　　號:
保存年限:

附件一

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：黃琇淇
聯絡電話：(02)8590-7875
傳真：(02)8590-7013
電子郵件：dosylvia086@mohw.gov.tw

受文者：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國114年6月5日
發文字號：衛部口字第1142060546B號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：「口腔預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則」修正規定1份
(A21000000I_1142060546B_doc4_Attach1.pdf、
A21000000I_1142060546B_doc4_Attach2.pdf)

主旨：「口腔預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則」，業經本部於中華民國114年6月5日以衛部口字第1142060546號公告修正（如附件），並自即日生效，請查照並惠予周知所屬會員。

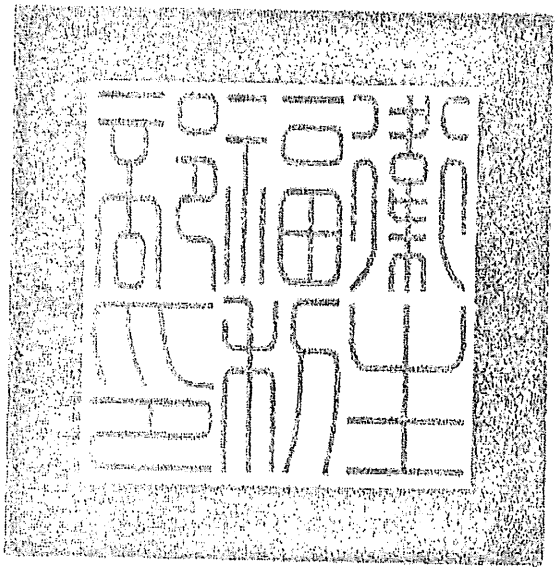
正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、社團法人中華牙醫學會、中華民國醫院牙科協會、中華民國口腔顎面外科學會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會
副本：電子公文交換章 2025/06/05 12:25:41

檔　　號：
保存年限：

附件二

衛生福利部　公告

發文日期：中華民國114年6月5日
發文字號：衛部口字第1142060546號
附件：「口腔預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則」修正規定1份



主旨：公告修正「預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則」，名稱並修正為「口腔預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則」（如附件），自即日生效。

部長邱泰源

口腔預防保健服務之口腔黏膜檢查品質管理原則

一、 衛生福利部（以下簡稱本部）為辦理口腔黏膜檢查品質管理，特訂定本原則。

二、 本原則係考量口腔黏膜檢查補助對象、口腔黏膜檢查醫事服務機構及口腔癌確診醫事服務機構各層面，訂定管理內容或稽核措施，以落實口腔黏膜檢查品質之管理。

三、 口腔黏膜檢查補助對象係依「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」規定辦理，相關品質管理方式如下：

（一）為保障受檢者與執行者雙方權益，應於執行口腔黏膜檢查前，確實針對受檢者是否符合篩檢條件進行檢視，執行者應告知並取得受檢者同意簽名（或蓋章）後，始得進行篩檢。

（二）配合本部或各縣市政府衛生局規劃之口腔黏膜檢查醫事服務機構之例行性病歷或篩檢表單填寫之輔導，以呈現落實受檢民眾知情同意之簽名情形。

（三）如接獲民眾陳情案件，除以民眾受檢權益優先進行處置外，並協助各縣市政府衛生局查明醫事服務機構提供服務流程是否有相關疏失，並依據調查結果辦理後續處置。

（四）應完善醫事服務機構內篩檢資料收載，含菸檳行為及篩檢結果之登錄。

四、 口腔黏膜檢查之醫事服務機構資格審查條件及應辦事項如下：

（一） 執行者資格及基本檢查設備，應參照「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」規定辦理。

（二） 符合執行口腔黏膜檢查資格之牙醫師、耳鼻喉科專科醫師、經本部核可之其他科別專科醫師（限西醫專科，中醫師應同時具有西醫專科或中西醫整合專科），或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，應配合本部進行必要之實地輔導。

（三） 依規定期限及格式，向本部申報所有口腔黏膜檢查個案之檢查結果、確診結果或其他相關資料。

（四） 依據口腔黏膜檢查標準化作業流程（如附件一）提供服務，並完成轉介及追蹤口腔黏膜檢查疑似異常個案完成複檢、確診或治療。

五、 口腔黏膜檢查之醫事服務機構有下列情形之一者，應接受本部實地輔導（實施方式如附件二）：

（一） 口腔黏膜檢查 PPV（陽性預測值）、Case yield（檢出率）、陽性個案切片率及其他經本部公告之指標，低於本部訂定標準。

（二） 經民眾陳情未依規定提供口腔黏膜檢查。

本部對前項情形，將進行受檢個案抽樣之電話訪問調查，並分析醫事服務機構辦理口腔黏膜檢查情形。

六、 口腔黏膜檢查之醫事服務機構如有下列情形之一者，本部得終止其服務資格：

（一） 無符合規定之負責醫師。

（二）未依規定配合填報口腔黏膜檢查個案資料、違反「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」第十五點或其他相關衛生法規且情節嚴重（例如：受檢者未簽名、篩檢條件不符合）。

七、口腔癌確認診斷、口腔癌確認診斷及治療之醫事服務機構資格審查條件及應辦事項如下：

（一）口腔癌確認診斷：設立至少一名口腔顎面外科或耳鼻喉科（可為兼任）、口腔病理或病理科專科醫師（可以病理代檢之合作醫院或經公信力機構認可之病理檢驗單位替代），負責執行口腔癌確認診斷。

（二）口腔癌確認診斷及治療：設立至少一名口腔顎面外科或耳鼻喉科、口腔病理或病理科、整形外科、放射線腫瘤科（可以合作醫院替代）、腫瘤內科、影像（放射線）診斷科專科醫師，負責執行口腔癌確認診斷及治療。

（三）申請程序：檢具醫師證書影本、執業執照影本及報備支援證明，函送本部核定；如為合作醫院或代檢之病理檢驗單位(以下併稱合作單位)，檢具合作契約書及相關證明(如相關專科醫師證書及執業執照影本、實驗室檢驗能力認證文件或其他相關證明)。

（四）依據口腔黏膜檢查標準化作業流程（如附件一），接受轉介及提供口腔癌前病變或口腔癌個案之後續治療服務。

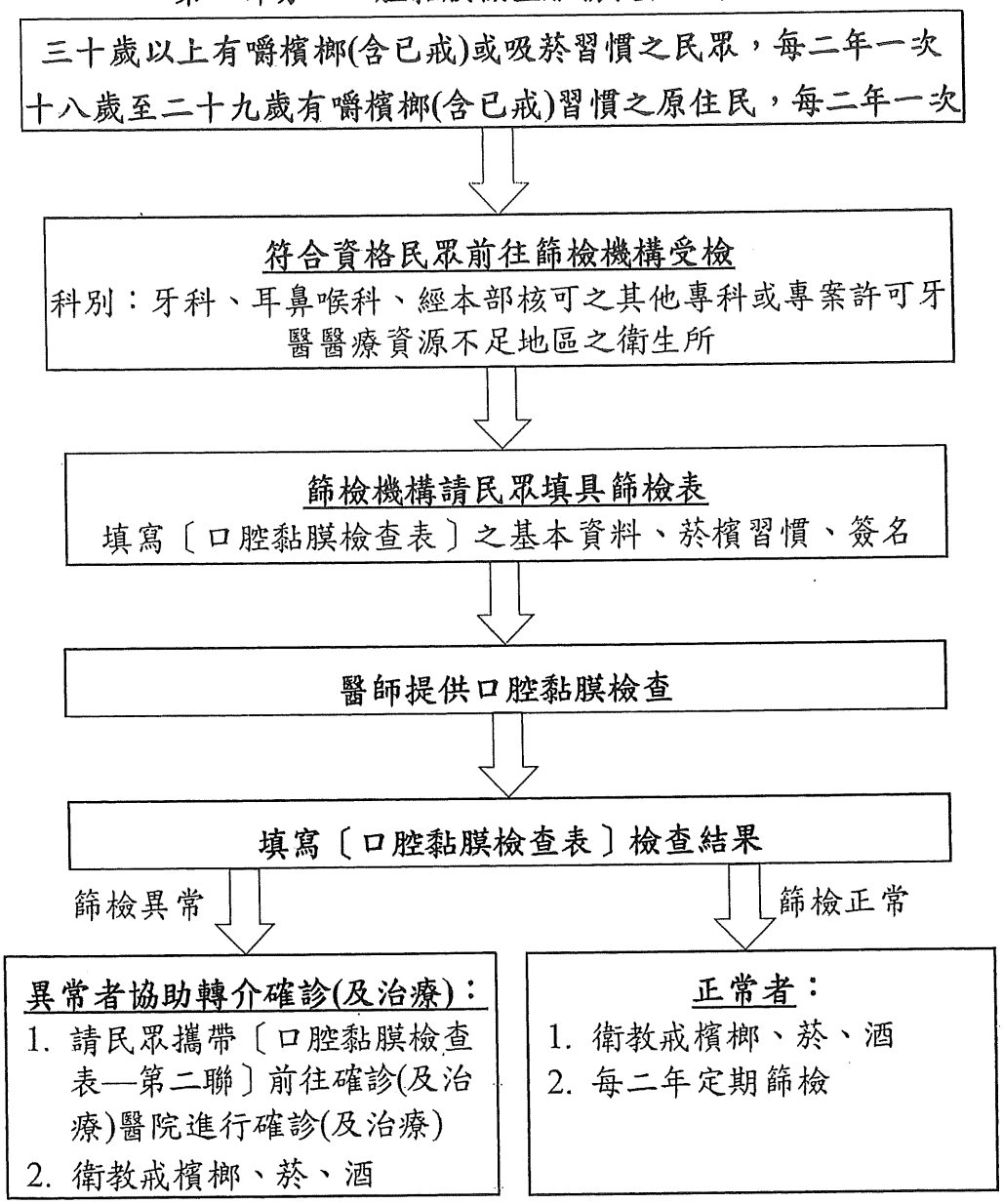
（五）口腔癌確認診斷、口腔癌確認診斷及治療醫事服務機構

之相關專科醫師或合作單位異動時，應於異動日起二週內向本部報備，如因異動導致無合格醫師或合作單位時，應於異動日起停辦，並應於二個月內將遞補人員或合作單位之資料送至本部審查通過後，始得繼續辦理。

附件一

口腔黏膜檢查標準化作業流程

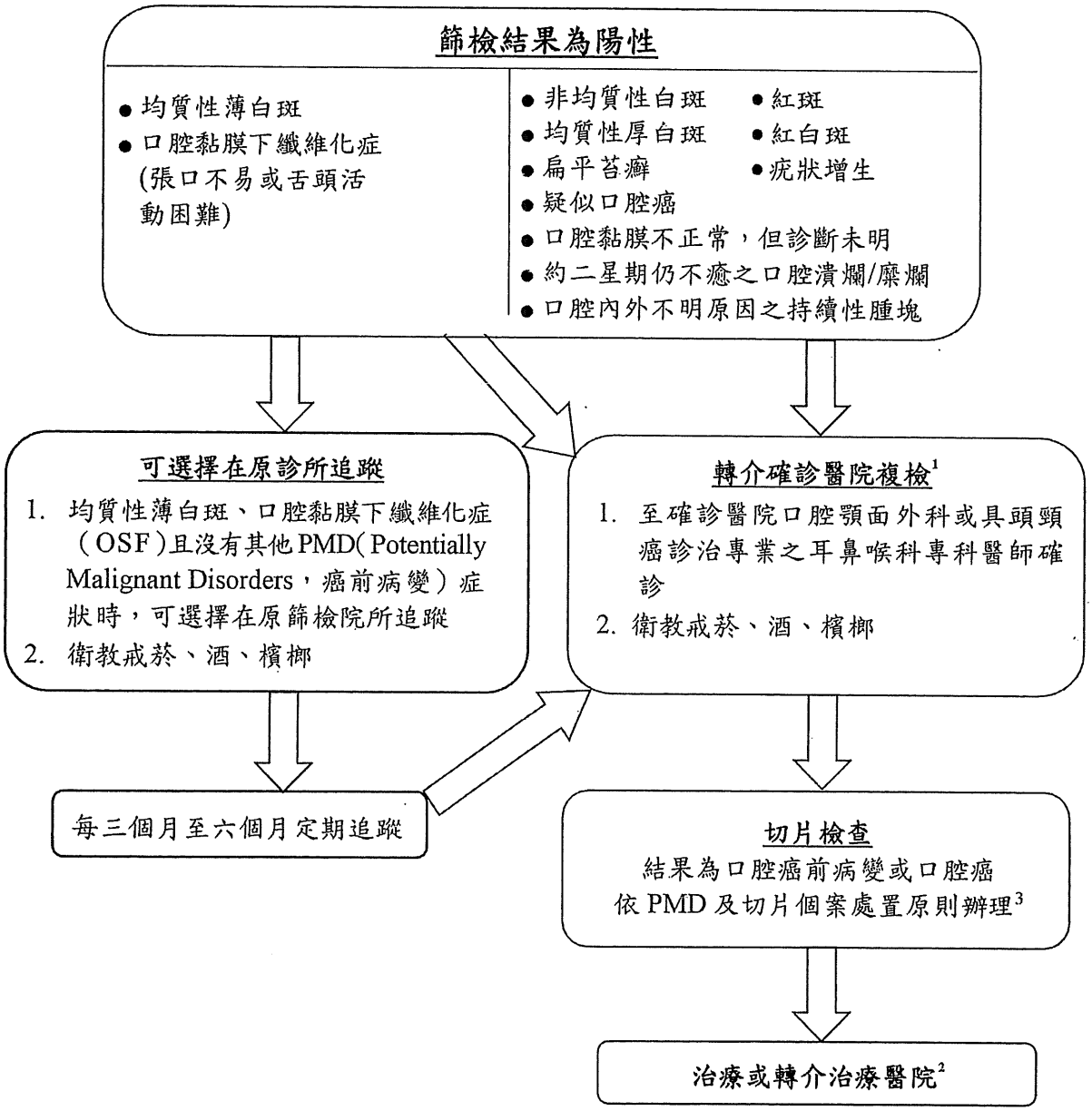
第一部分、口腔黏膜檢查服務提供流程



備註：

1. 依照「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」之規定，「口腔黏膜檢查」間隔之規定僅以「年份」做為檢查條件，即「當次就醫年度」減去「前次就醫年度」大於等於二年以上即可符合。
2. 依規定各醫療院應於健保卡上登錄最近一次檢查日期及項目，故可經由健保卡查詢民眾最近一次檢查日期。
3. 十八歲至二十九歲有嚼檳榔(含已戒)習慣之原住民須檢具戶口名簿或填具「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」。

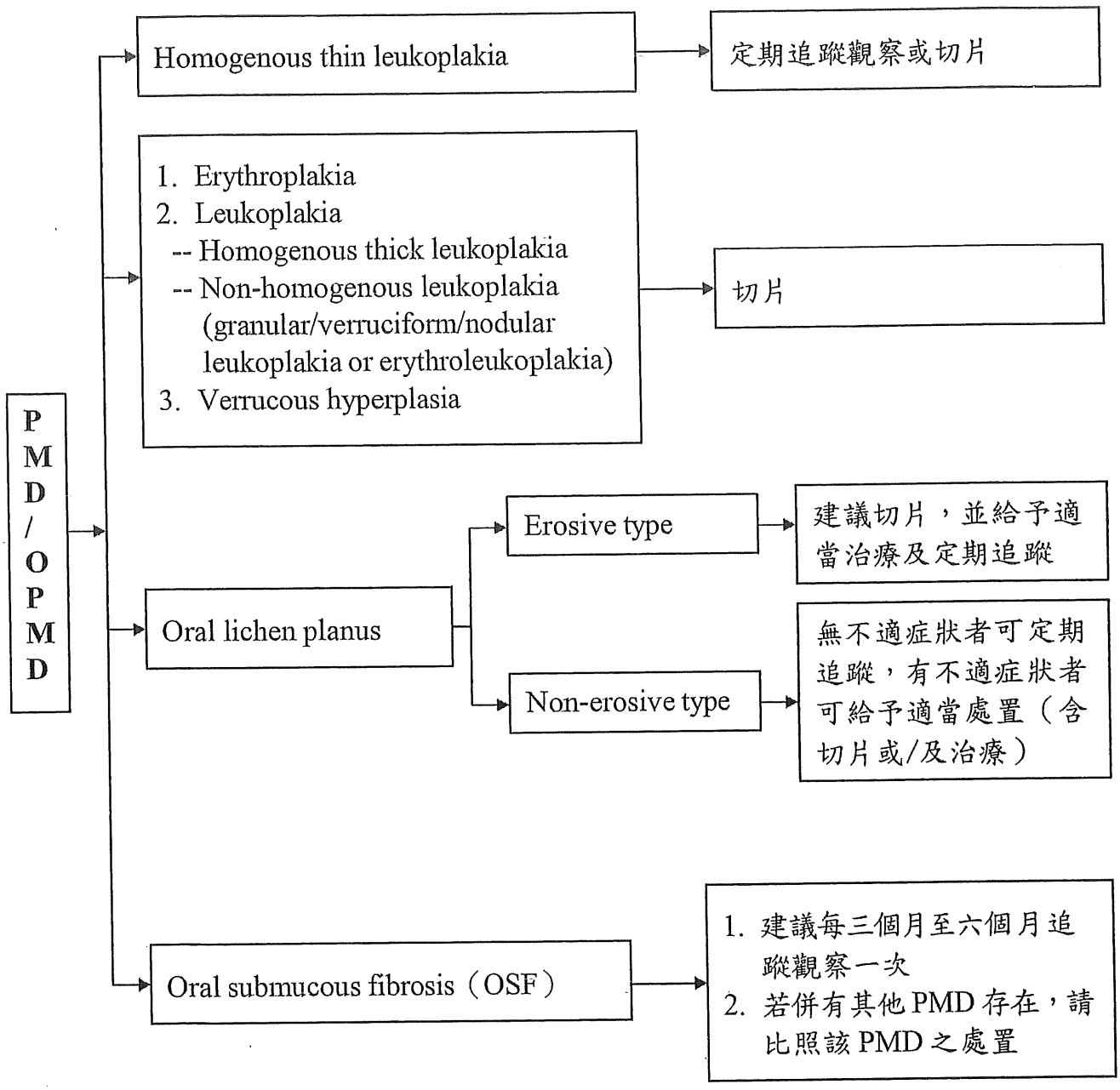
第二部分、口腔黏膜檢查陽性個案後續確診及治療處置流程



	確診醫院條件[1]	治療醫院條件[2]
口腔癌、口腔癌前病變	具有下列專科醫師之醫院：口腔顎面外科或具頭頸癌診治專業之耳鼻喉科[#]、口腔病理或病理科[$]。	具有下列專科醫師之醫院：口腔顎面外科或具頭頸癌診治專業之耳鼻喉科、口腔病理或病理、整形外科、放射線腫瘤[*]、腫瘤內科、影像（放射線）診斷。

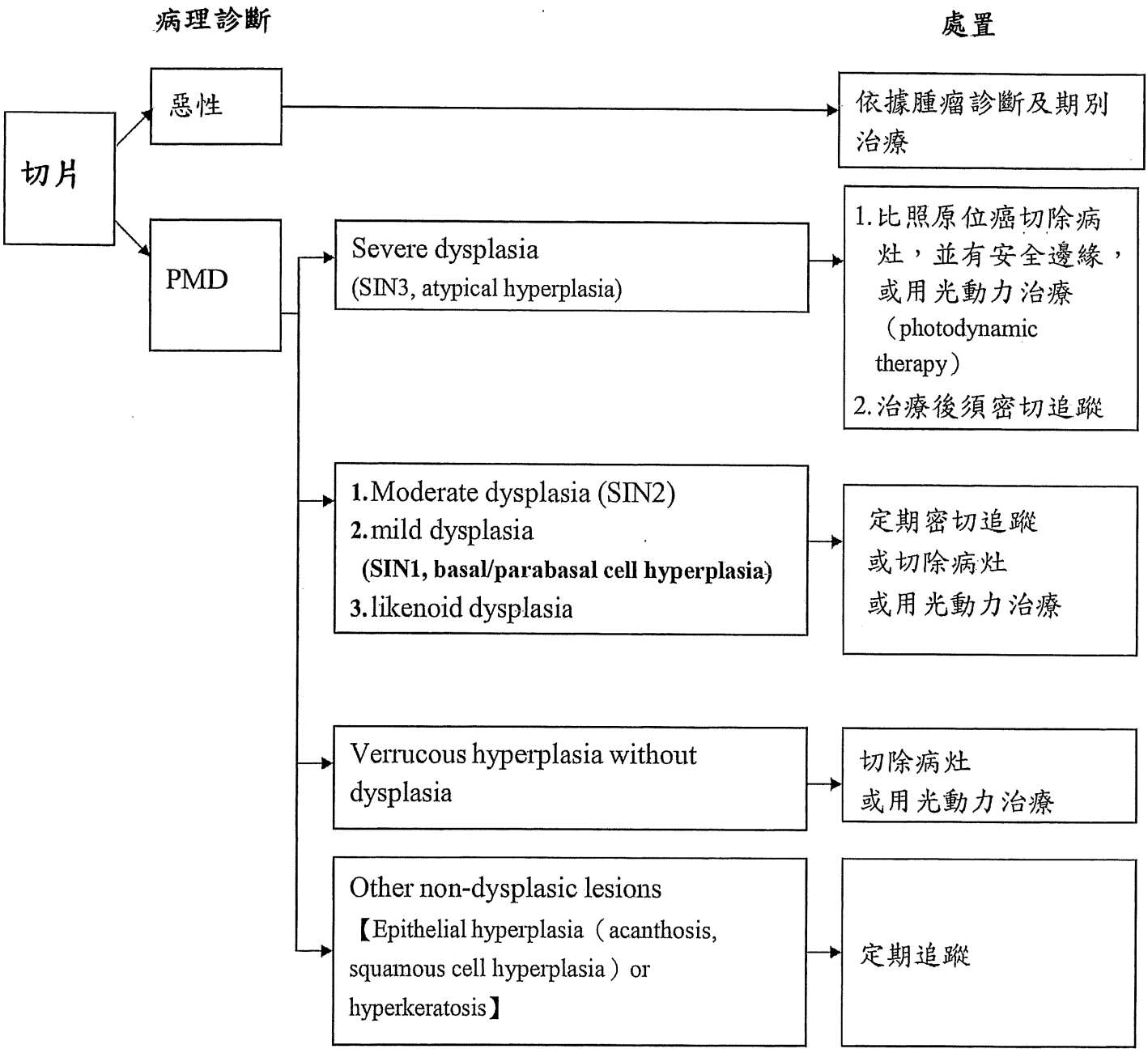
[#]表示可為兼任醫師；
[$]表示可為合作醫院或經公信力機構認可之病理檢驗單位；
[*]表示可為合作醫院。

Potentially Malignant Disorders（PMD）之處置原則[3]



（註：在確診前應先排除可能引起該病變之可能因素）

切片個案之處置原則[3]



（註：**Verrucous hyperplasia【with dysplasia 或合併惡性者】，比照括號內之病發病變處置。**）

附件二

口腔黏膜檢查醫事服務機構品質管理輔導計畫

一、目的

（一）瞭解口腔癌篩檢醫事服務機構篩檢品質之情形。

（二）針對品質不佳之醫事服務機構進行實地輔導，必要時進行民眾電訪調查。

二、執行方法

（一）選定口腔癌篩檢品質指標

1. PPV（陽性預測值）：篩檢陽性個案完成後續確診者中，確診結果為口腔癌前病變或口腔癌之比率。
2. Case yield（檢出率）：完成篩檢者中，確診結果為口腔癌前病變或口腔癌之比率。
3. 篩檢陽性個案切片率：口腔癌確診及治療醫院之到院篩檢陽性個案者中符合 guideline 應切片者，以切片檢查確診之比率。
4. 其他經本部公告之指標。

（二）監測口腔癌篩檢成果

1. 分析全國醫事服務機構口腔癌篩檢之PPV、Case yield、篩檢陽性個案切片率（僅看確診及治療醫院)及其他經本部公告之口腔癌篩檢品質指標。
2. 篩選需輔導之目標醫事服務機構名單：低於本部訂定標準之離群者優先納入。

（三）醫事服務機構之篩檢個案電話訪問調查

針對前一年度口腔癌篩檢品質指標低於本部訂定標準，或經民眾陳情未依規定提供口腔黏膜檢查之醫事服務機構，抽檢口腔黏膜檢查個案進行電訪調查（排除陽性個案、口腔癌前病變及口腔癌個案），詢問「嚼檳榔行為」、「吸菸行為」、「接受口腔黏膜檢查情形」等題目。

（四）醫事服務機構實地輔導

1. 瞭解口腔癌篩檢執行之標準流程。
2. 瞭解口腔癌篩檢表民眾簽名執行現況。
3. 檢討口腔癌篩檢品質指標不佳之原因及解決方案。

衛生福利部口腔黏膜檢查實地輔導紀錄表

紀錄：　　輔導日期：　　年　　月　　日

基本資料			
醫事服務機構名稱		地址	
醫事服務機構代碼		負責人	
受訪者及職稱		輔導人員	
確診資格	□是；□否	確診及治療資格	□是；□否

篩檢資格查詢方式(可複選)
□無、□醫事服務機構內醫療資訊系統(篩檢資料)、 □健保卡查詢、□口腔癌篩檢VPN系統、□其他_____

訪查紀錄		
項目	醫事服務機構自評	輔導單位訪視
確認民眾是否具有嚼檳榔或吸菸習慣（**必要流程**）	□完整執行 □部分執行 □無此流程 □其他：_____	□完整執行 □部分執行 □無此流程 □其他：_____
完整填寫[口腔黏膜檢查表]，確認民眾同意受檢及簽名（**必要流程**）	□完整執行 □部分執行 □無此流程 □其他：_____	□完整執行 □部分執行 □無此流程 □其他：_____
提供口腔黏膜檢查服務（**必要流程**）	□完整執行 □部分執行 □無此流程 □其他：_____	□完整執行 □部分執行 □無此流程 □其他：_____
篩檢陰性個案之衛教（**建議流程**）	□完整執行 □部分執行 □無此流程 □其他：_____	□完整執行 □部分執行 □無此流程 □其他：_____
篩檢陽性個案確診之轉介或追蹤（**必要流程**）	□完整執行 □部分執行 □無此流程 □其他：_____	□完整執行 □部分執行 □無此流程 □其他：_____

抽檢篩檢表單資料10份 （陽性個案：醫院至少5份、診所或衛生所至少3份；若無，應於其他記錄事項中敘明原因）						
抽檢序位	基本資料	民眾簽名	篩檢資料	篩檢結果	陽性個案追蹤確診 (未完成追蹤免填)	備註
一	□完整 □不完整	□有 □無	□完整 □不完整	□未發現異常 □異常結果： _____	1.□在原診所追蹤 2.本院確診醫院複檢 □有切片；□無切片 3.他院確診醫院複檢 □有切片；□無切片	
二	□完整 □不完整	□有 □無	□完整 □不完整	□未發現異常 □異常結果： _____	1.□在原診所追蹤 2.本院確診醫院複檢 □有切片；□無切片 3.他院確診醫院複檢 □有切片；□無切片	
三	□完整 □不完整	□有 □無	□完整 □不完整	□未發現異常 □異常結果： _____	1.□在原診所追蹤 2.本院確診醫院複檢 □有切片；□無切片 3.他院確診醫院複檢 □有切片；□無切片	
四	□完整 □不完整	□有 □無	□完整 □不完整	□未發現異常 □異常結果： _____	1.□在原診所追蹤 2.本院確診醫院複檢 □有切片；□無切片 3.他院確診醫院複檢 □有切片；□無切片	
五	□完整 □不完整	□有 □無	□完整 □不完整	□未發現異常 □異常結果： _____	1.□在原診所追蹤 2.本院確診醫院複檢 □有切片；□無切片 3.他院確診醫院複檢 □有切片；□無切片	
六	□完整 □不完整	□有 □無	□完整 □不完整	□未發現異常 □異常結果： _____	1.□在原診所追蹤 2.本院確診醫院複檢 □有切片；□無切片 3.他院確診醫院複檢 □有切片；□無切片	
七	□完整 □不完整	□有 □無	□完整 □不完整	□未發現異常 □異常結果： _____	1.□在原診所追蹤 2.本院確診醫院複檢 □有切片；□無切片 3.他院確診醫院複檢 □有切片；□無切片	

八	□完整 □不完整	□有 □無	□完整 □不完整	□未發現異常 □異常結果： _____	1.□在原診所追蹤 2.本院確診醫院複檢 □有切片；□無切片 3.他院確診醫院複檢 □有切片；□無切片	
九	□完整 □不完整	□有 □無	□完整 □不完整	□未發現異常 □異常結果： _____	1.□在原診所追蹤 2.本院確診醫院複檢 □有切片；□無切片 3.他院確診醫院複檢 □有切片；□無切片	
十	□完整 □不完整	□有 □無	□完整 □不完整	□未發現異常 □異常結果： _____	1.□在原診所追蹤 2.本院確診醫院複檢 □有切片；□無切片 3.他院確診醫院複檢 □有切片；□無切片	
其他記錄事項（含綜合評語、品質不佳原因、建議改善方法或複查規劃等）						

其他附件：　　（註：本表如不敷使用，請自行增列補充頁）