

## 桃園市政府衛生局

# 113年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫申請須知

### 壹、前言

癌症已41年蟬聯國人死因首位，占每年總死亡人數近3成，其中口腔癌更是位於111年全國及本市男性十大癌症死因第4位，口腔癌死亡人數分別為3,192人及203人，對國人生命和財產造成巨大的損失。

世界衛生組織指出，菸、酒、不健康飲食、缺乏身體活動及肥胖等主要危險因子占癌症死因的30%。研究表明，口腔癌和食道癌的發生率與食用檳榔（無論是否搭配菸草）有關(WHO IARC, 2004)，嚼食檳榔者的口腔癌罹病率，較未嚼食檳榔者，高出28倍，同時有嚼檳、吸菸（煙）、飲酒行為者，其罹患口腔癌更是常人的123倍，顯示檳榔、菸（煙）、酒是誘發口腔癌的三大危險因子，爰降低嚼檳榔人口是防治口腔癌最重要和最基礎之策略，故除推廣癌症篩檢外，亦應推廣檳榔防制宣導教育及推動戒檳工作。

因應衛生福利部國民健康署於113年度癌症防治品質精進計畫/全方位癌症防治策進計畫移除口腔癌篩檢相關服務項目，為持續推廣轄內醫院辦理檳榔防制及口腔癌防治工作，營造無檳醫院環境，提供高嚼檳職場口腔黏膜檢查服務，及嚼檳榔習慣者戒檳衛教指導服務等檳榔防制手段，故公開委託辦理本計畫。

### 貳、計畫辦理期程

自113年合約簽訂日起至113年10月31日止（計畫起始日可回溯至113年1月1日起），或經費用罄為止。

### 參、計畫執行單位

本市執行預防保健口腔黏膜檢查之地區級以上醫院且為健保特約醫療機構。

### 肆、計畫目標

藉由持續營造轄內醫院之無檳環境，擴散員工、合作廠商及到醫院民眾對檳榔健康危害認知，並以深入高嚼檳行業提供口腔癌篩檢服務，及嚼檳榔習慣者戒檳衛教指導服務等手段，從根本推廣，持續提升本市檳榔防制氛圍。

## 伍、計畫執行項目及補助說明

項次	工作項目	辦理項目
一	推動轄區健保特約醫事服務機構營造無檳環境	<p>執行單位成立無檳醫院、執行無檳政策與營造落實院內外無檳環境：</p> <p>(一)環境營造：適當位置（出入口、停車場、高嚼檳區域等）公告清楚的禁/拒檳標示或檳榔健康危害海報、標語、單張提供、跑馬燈等，並公告醫院無檳政策。</p> <p>(二)政策認知：提升員工、合作廠商及到醫院民眾對檳榔健康危害及「無檳醫院」政策之認知。</p> <p>(三)稽查檢核：組成稽查小組（得由志工進行），巡察醫院內外檳榔汁渣，對高嚼檳區域，進行至少 1 次（含）巡迴檢查及推廣，並設有紀錄。</p> <p>(四)經費給付原則：執行單位提交完整成果報告，並經本局審核通過者，即全額補助無檳醫院營造費 1 萬元。</p> <p><b>※經費核銷附件：</b>無檳醫院營造成果報告（如附件 1），含政策公告及巡迴檢查紀錄（檢查日期、區域、檢查重點等）。</p>
二	高嚼檳職場口腔癌篩檢服務	<p>(一)與高嚼檳職場合作，聚焦高風險族群提供口腔癌篩檢服務：<u>以高嚼檳或口腔癌高發生行業，如建築工地、港埠、貨運、漁業、礦產及土石採取業、營造工程業、運輸及倉儲業為主要優先介入職場</u>，提供符合口腔癌篩檢資格之勞工接受篩檢服務。若職場類型非上述行業別，請於成果表中敘明該行業具高嚼檳或口腔癌高發生風險之具體說明及認定依據並附上文獻及相關研究數據做為佐證。</p> <p>(二)篩檢醫師資格：牙醫師、耳鼻喉專科醫師。</p> <p>(三)篩檢費用申報及結果上傳：比照現行「醫事機構辦理預防保健服務注意事項」規定辦理，如有修正規定將另函通知。</p> <p>(四)經費給付原則：執行單位每場篩檢服務補助推動高嚼檳職場口腔癌篩檢服務費 7,000 元，每間醫院上限補助 4 場（同醫院於不同日期提供同 1 處工地之不同勞工接受口腔癌篩檢得計算為不同場次），每場次有效人數至少</p>

項次	工作項目	辦理項目
		<p>2 人，並以 10 人為原則，有效人數達 2 人即補助 1 場費用，視本局經費額度得調整補助場次。</p> <p>(五) <b>案數認定</b>：不同院所於不同時間提供同一處工地之同一位勞工接受口腔癌篩檢，該場次個案數之認定以衛生福利部口腔癌篩檢資訊系統建檔時間為優先者計算。為利撥款結案作業，請於 113 年 10 月 31 日前完成。</p> <p>(六) <b>查核機制</b>：如經系統查核有申報不實或爭議，本局得不予補助該場次篩檢費用，並停止辦理後續場次資格，不得異議。</p> <p><b>※經費核銷附件</b>：補助推動高嚼檳職場口腔癌篩檢費用請領清冊（如附件 2），及高嚼檳職場口腔癌篩檢活動成果表（如附件 3），<b>每場活動填寫 1 份</b>（含篩檢醫院/日期/時間、執行醫事人員簽名及至少 4 張活動紀錄照片、篩檢資料名冊等）。</p>
三	高癌化陽性個案病理確診服務	<p>執行單位提供工作項目二「高嚼檳職場口腔癌篩檢服務」，並追蹤口腔癌高癌化陽性個案直至該案完成病理確診(C表)：</p> <p>(一) <b>經費給付原則</b>：每案補助執行單位追蹤高癌化陽性個案完成病理確診費 1,000 元，上限補助 5 案，視甲方經費額度得調整補助案次。</p> <p>(二) <b>案數認定</b>：個案初篩結果為(1)疑似口腔癌、(2)口腔內外不明原因腫塊、(3)紅斑、(4)紅白斑、(5)疣狀增生、(71)非均質性白斑、(72)均質性厚白斑之陽性個案，經追蹤該案完成確診及於衛生福利部口腔癌篩檢資訊系統上傳病理確診報告(C表)者。為利撥款結案作業，請於 113 年 10 月 31 日前完成。</p> <p>(三) <b>查核機制</b>：如經系統查核有申報不實或爭議，本局得不予補助該筆費用。</p> <p><b>※經費核銷附件</b>：補助追蹤高癌化陽性個案完成病理確診費用請領清冊（如附件 4），及同工作項目二「高嚼檳職場口腔癌篩檢服務」高嚼檳職場口腔癌篩檢活動成果表（如附件 3），<b>每場活動填寫 1 份</b>。</p>
四	轄區民眾戒檳指導	<p>由戒檳指導人員針對具嚼檳榔習慣者，提供戒檳指導服務，4 次追蹤內需至少含 1 次面訪（得採實地或視訊方式）：</p>

項次	工作項目	辦理項目																		
	服務	<p>(一)戒癮指導人員：通過衛生福利部所屬單位辦理相關戒癮指導/衛教培訓課程之人員。</p> <p>(二)戒癮指導對象：</p> <table border="1" data-bbox="512 376 1426 622"> <thead> <tr> <th data-bbox="512 376 627 427">項次</th> <th data-bbox="627 376 1426 427">說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="512 427 627 524">1</td> <td data-bbox="627 427 1426 524">嚼檳榔習慣者（18 歲以上且 3 個月內嚼檳數量 ≥100 顆）</td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 524 627 622">2</td> <td data-bbox="627 524 1426 622">曾經參加過口腔黏膜篩檢（A 表）初步診斷為陽性結果（異常）者</td> </tr> </tbody> </table> <p>(三)經費給付原則：依個案服務接受情形，每案至多可完整申請 6 案次戒癮指導服務費，視本局經費額度得調整補助案次。</p> <table border="1" data-bbox="512 792 1426 1671"> <thead> <tr> <th data-bbox="512 792 627 844">項次</th> <th data-bbox="627 792 852 844">項目</th> <th data-bbox="852 792 1426 844">說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="512 844 627 1229">1</td> <td data-bbox="627 844 852 1229">戒癮指導服務補助費，最多 4 次。250 元/案次</td> <td data-bbox="852 844 1426 1229">(1) 初次指導日起算 3 個月內（含）提供完整 4 次/案之戒癮指導服務。 (2) 每次服務至少間隔 7 天。 (3) 第 4 次追蹤應於初次指導日後 80-100 天（內）進行，並至少含 1 次面訪（得採實地或視訊方式）。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 1229 627 1424">2</td> <td data-bbox="627 1229 852 1424">戒癮指導完追補助費，最多 1 次。250 元/案次</td> <td data-bbox="852 1229 1426 1424">完成每個案全程 4 次指導服務，另補助 250 元。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 1424 627 1671">3</td> <td data-bbox="627 1424 852 1671">預防保健口腔黏膜檢查補助費，最多 1 次。250 元/案次</td> <td data-bbox="852 1424 1426 1671">戒癮指導個案於收案前曾接受預防保健口腔黏膜檢查，且確診結果為「無明顯異常」、「正常」<u>以外者</u>（以衛生福利部口腔癌篩檢資訊系統為主），另補助 250 元。</td> </tr> </tbody> </table> <p>(四)案數認定：不同院所於不同時間提供同一位勞工進行收案，其個案之認定以第 1 次收案時間為優先者計算。</p> <p>(五)查核機制：如有申報不實或爭議，本局得不予補助該案次指導費用，並停止辦理後續指導資格，不得異議。</p> <p><b>※經費核銷附件：</b>補助執行戒癮指導服務費用清冊（如附件 5），及戒癮指導服務個案紀錄表（如附件 6），<u>每位個案填寫 1 份</u>，內含指導紀錄（接受指導名冊、指導日期/時</p>	項次	說明	1	嚼檳榔習慣者（18 歲以上且 3 個月內嚼檳數量 ≥100 顆）	2	曾經參加過口腔黏膜篩檢（A 表）初步診斷為陽性結果（異常）者	項次	項目	說明	1	戒癮指導服務補助費，最多 4 次。250 元/案次	(1) 初次指導日起算 3 個月內（含）提供完整 4 次/案之戒癮指導服務。 (2) 每次服務至少間隔 7 天。 (3) 第 4 次追蹤應於初次指導日後 80-100 天（內）進行，並至少含 1 次面訪（得採實地或視訊方式）。	2	戒癮指導完追補助費，最多 1 次。250 元/案次	完成每個案全程 4 次指導服務，另補助 250 元。	3	預防保健口腔黏膜檢查補助費，最多 1 次。250 元/案次	戒癮指導個案於收案前曾接受預防保健口腔黏膜檢查，且確診結果為「無明顯異常」、「正常」 <u>以外者</u> （以衛生福利部口腔癌篩檢資訊系統為主），另補助 250 元。
項次	說明																			
1	嚼檳榔習慣者（18 歲以上且 3 個月內嚼檳數量 ≥100 顆）																			
2	曾經參加過口腔黏膜篩檢（A 表）初步診斷為陽性結果（異常）者																			
項次	項目	說明																		
1	戒癮指導服務補助費，最多 4 次。250 元/案次	(1) 初次指導日起算 3 個月內（含）提供完整 4 次/案之戒癮指導服務。 (2) 每次服務至少間隔 7 天。 (3) 第 4 次追蹤應於初次指導日後 80-100 天（內）進行，並至少含 1 次面訪（得採實地或視訊方式）。																		
2	戒癮指導完追補助費，最多 1 次。250 元/案次	完成每個案全程 4 次指導服務，另補助 250 元。																		
3	預防保健口腔黏膜檢查補助費，最多 1 次。250 元/案次	戒癮指導個案於收案前曾接受預防保健口腔黏膜檢查，且確診結果為「無明顯異常」、「正常」 <u>以外者</u> （以衛生福利部口腔癌篩檢資訊系統為主），另補助 250 元。																		

項次	工作項目	辦理項目
		間/地點、執行人員簽名等)，個案須簽署服務同意書。
五	禮品費	<p><b>經費給付原則：</b>執行單位辦理本案所需之口腔癌篩檢及陽性個案追蹤、戒檳指導、無檳醫院、無檳環境等相關所需之禮品費用，以 100 元/份為上限。每間醫院上限 2 萬元。</p> <p><b>※經費核銷附件：</b>完成內部核銷流程之原始黏貼憑證正本（黏貼憑證格式如附件 7），簽收單、照片（含實物及發放情形等）、報價單等相關資料。</p>

#### 陸、執行單位應具備基本資格及證明相關文件

- 一、執行單位應為健保特約醫療機構，院所層級為地區級以上醫院層級，且為口腔黏膜檢查醫院。
- 二、口腔癌篩檢醫師資格應為牙醫師、耳鼻喉專科醫師。
- 三、戒檳指導人員資格應為通過衛生福利部所屬單位辦理相關戒檳指導/衛教培訓課程之人員。
- 四、執行單位應檢附下列資格證明文件影本，向本局申請資格審查，必要時本局得通知合約醫療院所提供正本供查驗：
  - (一)申請表（如附件 9）。
  - (二)執行單位之醫療機構開業執照正反面影本。
  - (三)執行單位之負責醫師執業執照正反面影本。
  - (四)執行本計畫之牙醫師、耳鼻喉專科醫師名單與執業執照正反面影本。
  - (五)執行本計畫之戒檳指導人員之名單、執業執照正反面影本及戒檳課程證明（證明遺失者請事先與本局確認）；非醫事人員或社工師等無執業執照者，請提供職員證正反面影本。
  - (六)若為兼任人員需額外檢具已核備有效支援報備證明文件影本，其支援效期須屆於本案計畫執行期間。

**柒、計畫審查方式：**由本局依據各申辦醫院提交之申請表及相關證明文件影本（如附件 9），以醫院資格審查表（如附件 10）進行書面評審，以申請文件皆相符且預計經費執行數由高至低排序，前 2 名者為本計畫執行單位。如預計經費執行數相同者，則本局可參考前 1 年度口腔癌篩檢執行情形及院所協助地方推動公共衛生情形，進行評核。

#### 陸、經費請領事項：

- 一、本計畫補助經費為指定用途之專案補助，各項補助項目皆須專款專用，不得任意流用。
- 二、執行單位請函送申請表（如附件 9）及其資格證明文件，經本局核定並雙方簽訂合約書（如附件 11）後，始得依本計畫須知核付費用

三、113 年 10 月 31 日（含，以函文送達日為準）以前，執行單位函送提交全案經費支出明細表（如附件 8）、成果及經費核銷附件紙本及 WORD 電子檔及相關核銷佐證（如附件 1 至 7）至本局辦理結案作業。經本局審查通過，通知院方開立領據正本 1 式 2 份（如附件 12-1 至 12-5）辦理撥款事宜。

#### 四、計畫經費核銷應配合事項

（一）經費核銷附件請依經費支出明細表順序編碼並依序排列成冊。

（二）黏貼憑證用紙黏貼線上端有關人員核章欄，得視執行單位實際工作之分工程序自行增列；簽署欄位依職稱大小，「由上而下，由左而右」，各單位主管應於騎縫處核章。

#### 捌、其他相關事項：

一、執行單位須指派專人擔任窗口，處理本案計畫執行事宜。

二、執行單位應配合本局推動高嚼檳職場篩檢及衛教相關業務，例如：配合本局媒合轄內高嚼檳或口腔癌高發生行業入場篩檢、現場查核或輔導並得依建議滾動式修正等相關事宜。

三、執行單位提交之全案期末成果報告如經本局審查後仍有不足者，需依本局建議進行調整及改善。

四、兼任/支援報備醫事人員異動時，應以書面函文向本局報備。

#### 玖、附件

一、附件 1—無檳醫院營造成果報告

二、附件 2—補助推動高嚼檳職場口腔癌篩檢費用請領清冊

三、附件 3—高嚼檳職場口腔癌篩檢活動成果表

四、附件 4—補助追蹤高癌化陽性個案完成病理確診費用請領清冊

五、附件 5—補助執行戒檳指導服務費用請領清冊

六、附件 6—戒檳指導服務個案紀錄表

七、附件 7—黏貼憑證用紙（禮品費）

八、附件 8—經費支出明細表

九、附件 9—申請表

十、附件 10—醫院資格審查表

十一、附件 11—合約書

十二、附件 12-1—領據（無檳醫院營造費）

十三、附件 12-2—領據（推動高嚼檳職場口腔癌篩檢服務費）

十四、附件 12-3—領據（追蹤高癌化陽性個案完成病理確診費）

十五、附件 12-4—領據（戒檳指導服務費）

十六、附件 12-5—領據（禮品費）

## 桃園市政府衛生局無檳醫院營造成果報告

## 壹、院所資訊

院所名稱		院所代碼	
院所地址			
聯絡人(含職稱)		電話(含分機)	
電子郵件			

## 貳、無檳政策及執行成效

(請說明「環境營造」、「政策認知」、「稽查檢核」三大項目辦理成效，每個項目至少檢附 2 張照片，並附上院內無檳政策公告版內容)

## 一、環境營造：

- (一)...
- (二)...
- (三)...

(照片)	(照片)
圖說：	圖說：

如表格不足，請自行增列使用。

## 二、政策認知

- (一)...
- (二)...
- (三)...

(照片)	(照片)
圖說：	圖說：

如表格不足，請自行增列使用。

三、稽查檢核

- (一)...
- (二)...
- (三)...

(照片)	(照片)
圖說：	圖說：

如表格不足，請自行增列使用。

巡檢紀錄

檢查日期	檢查區域	檢查重點	檢查結果	巡檢人員親簽/蓋章
			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合：_____ 改善方式：_____	
			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合：_____ 改善方式：_____	
			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合：_____ 改善方式：_____	
			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合：_____ 改善方式：_____	
			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合：_____ 改善方式：_____	
			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合：_____ 改善方式：_____	
			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合：_____ 改善方式：_____	
			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合：_____ 改善方式：_____	

如表格不足，請自行增列使用。

【本計畫經費由「菸品健康福利捐」補助支應】

桃園市政府衛生局 113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫  
補助推動高嚼檳職場口腔癌篩檢費用請領清冊

申請醫院名稱：\_\_\_\_\_

序號	場次	姓名	身分證字號	篩檢日期	篩檢資格	檢查結果代碼	補助金額(新臺幣)
範例	場次 1	陶 OO	H112233222	113 年 1 月 5 日	<input checked="" type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民	4	7,000
範例	場次 1	陳 OO	H112233444	113 年 1 月 5 日	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input checked="" type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民	71	
範例	場次 1	吳 OO	H112233777	113 年 1 月 5 日	<input checked="" type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民	8	
1					<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民		
2					<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民		
3					<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民		
4					<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民		
5					<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民		
6					<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民		
7					<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民		
8					<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民		

序號	場次	姓名	身分證字號	篩檢日期	篩檢資格	檢查結果代碼	補助金額 (新臺幣)
9					<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民		
10					<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民		
11					<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民		
12					<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民		
13					<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民		
14					<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民		
15					<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民		
總計_____場，補助金額_____元。							

備註：1.使用時請刪除範例欄位，表格不敷使用可自行增列

2.「檢查結果」請填列口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單>口腔黏膜檢查情形>2.檢查結果代碼

3.本表清冊需與符合附件3 成果報告>貳、篩檢成果>三、口腔黏膜檢查執行成果>(三)篩檢名冊

製表人：

(簽章)

醫院主管：

(簽章)

【本計畫經費由「菸品健康福利捐」補助支應】

## 桃園市政府衛生局高嚼檳職場口腔癌篩檢活動成果報告

## 壹、院所資訊

院所名稱		院所代碼	
院所地址			
聯絡人(含職稱)		電話(含分機)	
電子郵件			

## 貳、篩檢成果

一、篩檢時間：113 年\_\_\_月\_\_\_日上/下午\_\_\_時\_\_\_分至\_\_\_時\_\_\_分

二、建築工地/高嚼檳行業資訊：

類 型	<input type="checkbox"/> 建築工地、 <input type="checkbox"/> 港埠、 <input type="checkbox"/> 貨運、 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 其他：(請具體說明及認定依據，並附上文獻及相關研究數據做為佐證)
職場單位名稱	(建築工地施工廠商/高嚼檳行業之名稱)
工程資訊 (非工程案免填)	(一)工程名稱：(填寫全名) (二)施工期間：___年___月___日至___年___月___日

## 三、口腔癌篩檢執行成果

## (一) 成果總表

篩檢人數		陰性人數		陽性人數				完成確診 人數(C表)	
				陽性個案 <sup>*註1</sup>		高癌化 陽性個案 <sup>*註2</sup>			
男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性

註1.該欄位請填列個案初篩結果為(73)均質性薄白斑、(76)口腔黏膜下纖維化症(張口不易或舌頭活動困難)、(8)約兩星期仍不癒之口腔潰瘍/糜爛、(9)扁平苔癬、(10)口腔黏膜不正常，但診斷未明、(99)其他

註2.高癌化陽性個案即為個案初篩結果為(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)均質性厚白斑之陽性個案

註3.註2個案須經追蹤完成切片檢查並於衛生福利部口腔癌篩檢資訊系統上傳病理確診報告(C表)者。

(二)活動照片

(照片)	(照片)
圖說：	圖說：
(照片)	(照片)
圖說：	圖說：
(照片)	(照片)
圖說：	圖說：
(照片)	(照片)
圖說：	圖說：

(三) 篩檢名冊：

編號	姓名	身分證字號	菸檳習慣	篩檢資格	檢查結果
範例	陶 OO	H112233222	<input checked="" type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣：4 <input checked="" type="checkbox"/> 吸菸習慣：0	<input checked="" type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民	4
1			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民	
2			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民	
3			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民	
4			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民	
5			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民	
6			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民	
7			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民	
8			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民	
9			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民	
10			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民	

備註：1.使用時請刪除範例欄位，表格不敷使用可自行增列

2.「菸檳習慣」請填列口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單>A>菸檳習慣代碼

3.「檢查結果」請填列口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單>A>口腔黏膜檢查情形>2.檢查結果代碼

4.本表名冊需與附件 2 請領清冊相同

專科別：牙科、耳鼻喉科

篩檢醫師親簽：\_\_\_\_\_

【本計畫經費由「菸品健康福利捐」補助支應】

(四) 確診名冊：

編號	姓名	身分證字號	菸檳習慣	篩檢資格	檢查結果	確診結果
範例	陶 OO	H112233222	<input checked="" type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣：4 <input checked="" type="checkbox"/> 吸菸習慣：0	<input checked="" type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民	4	21
1			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民		
2			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民		
3			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民		
4			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民		
5			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民		
6			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民		
7			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民		
8			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民		
9			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民		
10			<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔(含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔(含已戒)原住民		

備註：1.使用時請刪除範例欄位，表格不敷使用可自行增列

2.「菸檳習慣」請填列口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單>A>菸檳習慣代碼

3.「檢查結果」請填列口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單>A>口腔黏膜檢查情形>2.檢查結果代碼

4.「確診結果」請填列口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單>B>口腔黏膜檢查情形>5.診斷結果

5.本表名冊需與附件 4 請領清冊相同

製表人：

醫院主管：

【本計畫經費由「菸品健康福利捐」補助支應】

桃園市政府衛生局 113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫  
補助追蹤高癌化陽性個案完成病理確診費用請領清冊

申請醫院名稱：\_\_\_\_\_

序號	姓名	身分證字號	篩檢資格	篩檢日期	檢查結果代碼	確診日期	確診結果代碼	補助金額 (新臺幣)
範例	陶 OO	H112233222	<input checked="" type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民	113 年 1 月 5 日	4	113 年 2 月 27 日	21	1,000
1			<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民					
2			<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民					
3			<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民					
4			<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民					
5			<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民					
總計_____案，補助金額_____元。								

備註：1.使用時請刪除範例欄位，表格不敷使用可自行增列

- 3.「檢查結果」請填列口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單>A>口腔黏膜檢查情形>2.檢查結果代碼
- 4.「確診結果」請填列口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單>B>口腔黏膜檢查情形>5.診斷結果
- 5.本表清冊需與符合附件 3 成果報告>貳、篩檢成果>三、口腔黏膜檢查執行成果>(四)確診名冊

製表人：

(簽章)

醫院主管：

(簽章)

【本計畫經費由「菸品健康福利捐」補助支應】

桃園市政府衛生局 113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫  
補助執行戒檳指導服務費用請領清冊

申請醫院名稱：\_\_\_\_\_

序號	姓名	身分證字號	收案資格	經費項目/指導日期/方式		補助金額 (新臺幣)			
範 例	陶 OO	H112233222	<input type="checkbox"/> 18 歲以上且 3 個月內嚼檳數量 ≥ 100 顆 <input checked="" type="checkbox"/> 口篩 (A 表) 初步診斷為陽性結果(異常)	戒檳指導服務補助費	113 年 2 月 1 日(面訪)	250			
					113 年 2 月 15 日(視訊)	250			
					113 年 3 月 10 日(面訪)	250			
					113 年 3 月 27 日(電訪)	250			
				戒檳指導完追補助費					250
				預防保健口腔黏膜檢查補助費： 113 年 1 月 25 日篩檢，檢查結果代碼 3					250
1			<input type="checkbox"/> 18 歲以上且 3 個月內嚼檳數量 ≥ 100 顆 <input type="checkbox"/> 口篩 (A 表) 初步診斷為陽性結果(異常)	戒檳指導服務補助費	__年__月__日(____)				
					__年__月__日(____)				
					__年__月__日(____)				
					__年__月__日(____)				
				戒檳指導完追補助費					
				預防保健口腔黏膜檢查補助費： __年__月__日篩檢，檢查結果代碼__					
2			<input type="checkbox"/> 18 歲以上且 3 個月內嚼檳數量 ≥ 100 顆 <input type="checkbox"/> 口篩 (A 表) 初步診斷為陽性結果(異常)	戒檳指導服務補助費	__年__月__日(____)				
					__年__月__日(____)				
					__年__月__日(____)				
					__年__月__日(____)				
				戒檳指導完追補助費					
				預防保健口腔黏膜檢查補助費： __年__月__日篩檢，檢查結果代碼__					
3			<input type="checkbox"/> 18 歲以上且 3 個月內嚼檳數量 ≥ 100 顆 <input type="checkbox"/> 口篩 (A 表) 初步診斷為陽性結果(異常)	戒檳指導服務補助費	__年__月__日(____)				
					__年__月__日(____)				
					__年__月__日(____)				
					__年__月__日(____)				
				戒檳指導完追補助費					
				預防保健口腔黏膜檢查補助費： __年__月__日篩檢，檢查結果代碼__					
4			<input type="checkbox"/> 18 歲以上且 3 個月內嚼檳數量 ≥ 100 顆 <input type="checkbox"/> 口篩 (A 表) 初步診斷為陽性結果(異常)	戒檳指導服務補助費	__年__月__日(____)				
					__年__月__日(____)				
					__年__月__日(____)				
					__年__月__日(____)				
				戒檳指導完追補助費					
				預防保健口腔黏膜檢查補助費： __年__月__日篩檢，檢查結果代碼__					
5			<input type="checkbox"/> 18 歲以上且 3 個月內嚼檳數量 ≥ 100 顆 <input type="checkbox"/> 口篩 (A 表) 初步診斷為陽性結果(異常)	戒檳指導服務補助費	__年__月__日(____)				
					__年__月__日(____)				
					__年__月__日(____)				
					__年__月__日(____)				
				戒檳指導完追補助費					

序號	姓名	身分證字號	收案資格	經費項目/指導日期/方式	補助金額 (新臺幣)
			結果(異常)	預防保健口腔黏膜檢查補助費： __年__月__日篩檢，檢查結果代碼__	
6			<input type="checkbox"/> 18 歲以上且 3 個月內嚼檳數量 ≥ 100 顆 <input type="checkbox"/> 口篩 (A 表) 初步診斷為陽性結果(異常)	戒檳指導服務補助費	__年__月__日( )
					__年__月__日( )
					__年__月__日( )
					__年__月__日( )
			戒檳指導完追補助費		
			預防保健口腔黏膜檢查補助費： __年__月__日篩檢，檢查結果代碼__		
7			<input type="checkbox"/> 18 歲以上且 3 個月內嚼檳數量 ≥ 100 顆 <input type="checkbox"/> 口篩 (A 表) 初步診斷為陽性結果(異常)	戒檳指導服務補助費	__年__月__日( )
					__年__月__日( )
					__年__月__日( )
					__年__月__日( )
			戒檳指導完追補助費		
			預防保健口腔黏膜檢查補助費： __年__月__日篩檢，檢查結果代碼__		
8			<input type="checkbox"/> 18 歲以上且 3 個月內嚼檳數量 ≥ 100 顆 <input type="checkbox"/> 口篩 (A 表) 初步診斷為陽性結果(異常)	戒檳指導服務補助費	__年__月__日( )
					__年__月__日( )
					__年__月__日( )
					__年__月__日( )
			戒檳指導完追補助費		
			預防保健口腔黏膜檢查補助費： __年__月__日篩檢，檢查結果代碼__		
總計__案，補助金額__元。					

備註：1.使用時請刪除範例欄位，表格不敷使用可自行增列

2.「檢查結果」請填列口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單>口腔黏膜檢查情形>2.檢查結果代碼

3.本表清冊需符合附件 6 紀錄表內容

製表人：

(簽章)

醫院主管：

(簽章)

【本計畫經費由「菸品健康福利捐」補助支應】

## 桃園市政府衛生局戒檳指導服務個案紀錄表

## 壹、戒檳指導服務同意書

我已充分瞭解戒檳指導服務內容，同意且自願參加貴院戒檳指導服務，期間將接受指導人員之戒檳衛教，並為我設立戒檳簡歷，內容包括基本資料及衛教情形等，幫助我確立戒檳的理由，以及其他相關評估與追蹤，同時作訪談紀錄。

我願意接受 4 次之戒檳衛教諮詢及後續追蹤服務，並同意此資料供貴院、桃園市政府衛生局、桃園市各區衛生所或其委託機構，進行戒檳衛教利用、個案追蹤健康管理、電話諮詢等使用。

(接受戒檳指導服務個案)簽名：\_\_\_\_\_ 中華民國 年 月 日

- 一、我確認這份同意書是由足夠判斷能力的嚼檳者(接受戒檳指導服務個案)被充分告知後自願簽署的。
- 二、我將提供該個案戒檳衛教服務。

(戒檳指導服務人員)簽名：\_\_\_\_\_ 中華民國 年 月 日

## 貳、院所資訊

合約院所	院所代碼
院所地址	

## 參、個案基本資料

姓名		身分證字號		性別	
出生日期	年 月 日	聯絡電話		職業	
曾做過 口腔癌篩檢	<input type="checkbox"/> 是，民國____年做過 <input type="checkbox"/> 否	原住民	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	教育程度	
嚼檳行為	首次嚼檳年齡	歲	嚼檳年數		年
	日嚼檳量	顆	平均每日檳榔消費金額		元
	嚼檳理由 (可複選)	<input type="checkbox"/> 提神 <input type="checkbox"/> 禦寒 <input type="checkbox"/> 緩解情緒 <input type="checkbox"/> 交朋友 <input type="checkbox"/> 文化 <input type="checkbox"/> 止渴 <input type="checkbox"/> 不吃不行 <input type="checkbox"/> 他人邀請 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
吸菸行為	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 已戒	吸菸年數	年	日吸菸量	支
飲酒行為 (含各式酒類、 保力達 B、威 士比、藥酒等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 已戒	飲酒年數	年	飲酒頻率	____天/週/月 ____次

#### 肆、衛教情形

##### 一、收案來源：

- 口腔癌篩檢個案    門診轉介    社區個案    職場轉介    住院個案  
 個案主動申請    家屬要求    其他：\_\_\_\_\_

##### 二、收案資格： 嚼檳榔習慣者（18 歲以上且 3 個月內嚼檳數量 $\geq 100$ 顆）

- 曾參加口腔癌篩檢(A 表)初步診斷為陽性結果(異常)者

##### 三、戒檳目標：

我目前每天吃\_\_\_\_\_顆/包/盒檳榔，決定減量至每天吃\_\_\_\_\_顆/包/盒檳榔

##### 四、衛教紀錄：

次數	指導方式	指導時間	戒檳意願	每日嚼檳數 <sup>註1</sup> (顆/日)	戒檳指導服務人員 (親簽) <sup>註2</sup>
範例	<input checked="" type="checkbox"/> 面訪 (地點:門診) <input type="checkbox"/> 視訊 <input type="checkbox"/> 電訪	113/3/12 上午 11 時 15 分~11 時 47 分	<input checked="" type="checkbox"/> 意圖前期 <input type="checkbox"/> 行動期 <input type="checkbox"/> 意圖期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 準備期	35	陶健康
1	<input type="checkbox"/> 面訪 (地點:_____) <input type="checkbox"/> 視訊 <input type="checkbox"/> 電訪	113/ / 上/下午 __時__分~__時__分	<input type="checkbox"/> 意圖前期 <input type="checkbox"/> 行動期 <input type="checkbox"/> 意圖期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 準備期		
2	<input type="checkbox"/> 面訪 (地點:_____) <input type="checkbox"/> 視訊 <input type="checkbox"/> 電訪	113/ / 上/下午 __時__分~__時__分	<input type="checkbox"/> 意圖前期 <input type="checkbox"/> 行動期 <input type="checkbox"/> 意圖期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 準備期		
3	<input type="checkbox"/> 面訪 (地點:_____) <input type="checkbox"/> 視訊 <input type="checkbox"/> 電訪	113/ / 上/下午 __時__分~__時__分	<input type="checkbox"/> 意圖前期 <input type="checkbox"/> 行動期 <input type="checkbox"/> 意圖期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 準備期		
4	<input type="checkbox"/> 面訪 (地點:_____) <input type="checkbox"/> 視訊 <input type="checkbox"/> 電訪	113/ / 上/下午 __時__分~__時__分	<input type="checkbox"/> 意圖前期 <input type="checkbox"/> 行動期 <input type="checkbox"/> 意圖期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 準備期		

備註：

1. 每日嚼檳數為最近 7 日內平均每日嚼食檳榔數。
2. 戒檳指導服務人員欄位請親筆簽名。
3. 初次指導日起算 3 個月內(含)提供完整 4 次/人之戒檳指導服務，每次服務至少間隔 7 天。
4. 第 4 次追蹤應於初次指導日後 80-100 天(內)進行。
5. 至少含 1 次面訪(得採實地或視訊方式)。

#### 伍、篩檢紀錄：

編號	姓名	身分證字號	篩檢日期	菸檳習慣	篩檢資格	檢查結果
範例	陶 OO	H112233222	113 年 3 月 10 日	<input checked="" type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣：4 <input checked="" type="checkbox"/> 吸菸習慣：0	<input checked="" type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民	4
1				<input type="checkbox"/> 嚼檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 吸菸習慣：	<input type="checkbox"/> 30 歲以上嚼檳榔 (含已戒)或吸菸者 <input type="checkbox"/> 18 歲以上嚼檳榔 (含已戒)原住民	

【本計畫經費由「菸品健康福利捐」補助支應】

陸、活動照片

(照片)	(照片)
圖說：	圖說：
(照片)	(照片)
圖說：	圖說：
(照片)	(照片)
圖說：	圖說：

【本計畫經費由「菸品健康福利捐」補助支應】

## 黏 貼 憑 證 用 紙

傳 票 付款憑單	編 號	金 額						<input type="checkbox"/> 受款人 <input type="checkbox"/> 發票(或收據)開立廠商 <input type="checkbox"/> 詳如受款人清單 <input type="checkbox"/> 扣抵罰賠款_____元 <input type="checkbox"/> 轉保固金_____元 <input type="checkbox"/> 其他(請列舉並標示金額)			
		億	千 萬	百 萬	十 萬	萬	千				
憑證編號		預算年度	113								
預算科目				用途說明	113 年申報執行無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫禮品費						

經辦單位	驗收或證明、保管	登記	會計單位	機關長官或授權代簽人
	驗收或證明 保管	所得登記 財產(物)登記		
( 憑 證 黏 貼 線 )				

**說明：**

- 一、對不同工作計畫或用途別之原始憑證請勿混合黏貼。
- 二、本用紙除「傳票(付款憑單)編號」及「憑證編號」兩欄由會計單位填列外，其餘各欄由經辦核銷工作之事務人員填列。
- 三、本用紙憑證黏貼線上端有關人員核章欄，得視各機關實際工作之分工程序自行增列。
- 四、簽署欄位依職稱大小，「由上而下，由左而右」，各單位主管應於騎縫處核章。
- 五、凡提供參考之附件，如不能同時黏貼，則記明某號憑證之附件，按號另裝成冊一併附送，並於憑證簿封面註明上開另裝附件若干件。
- 六、本用紙由有關人員順序核章後，送會計單位辦理經費核銷手續，月底由會計單位彙總裝訂成冊，依規定程序辦理。
- 七、以零用金支付時，由出納管理人員於原始憑證上加蓋付訖及日期章戳。
- 八、開立傳票或付款憑單時，由會計單位於本用紙上加蓋「已開傳票或憑單」章戳。

**附件：**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 發票               | 張 |
| <input type="checkbox"/> 收據               | 張 |
| (並至財政部稅務入口網之營業登記資料公示查詢)                   |   |
| <input type="checkbox"/> 動支經費請示單或核准辦理文件   | 張 |
| <input type="checkbox"/> 驗收報告             | 張 |
| <input type="checkbox"/> 合約書              | 份 |
| <input type="checkbox"/> 其他文件(需註明文件名稱、份數) |   |

### 經費支出明細表

計畫名稱：113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫

執行院所名稱：(全銜)

會計年度：113 年度

經費項目	憑證/ 附件 編號	支出 日期		摘要	金額 (新臺幣元)	項目 合計金額 (新臺幣元)
		月	日			
無檳醫院營造費	1-1					
	1-2					
推動高嚼檳職場 口腔癌篩檢服務費	2-1					
	2-2					
追蹤高癌化陽性個 案完成病理確診費	3-1					
	3-2					
戒檳指導服務費	4-1					
	4-2					
禮品費	5-1					
	5-2					
合 計						

(表格不敷使用可自行增列，並請依經費項目順序，依序編列原始憑證或附件編號)

製表人：

課室主管：

會計主管：

單位代表人：

【本計畫經費由「菸品健康福利捐」補助支應】

## 桃園市政府衛生局

## 113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫申請表

填報日期：113 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 壹、申請單位資訊

申請單位	(全銜)		
醫院負責人		醫事機構代碼	
地址			
聯絡部門			
主管 (含職稱)		電話(含分機)	
		電子郵件	
承辦人 (含職稱)		電話(含分機)	
		電子郵件	

## 貳、醫院送件資料自我檢核表

送審資料		(打勾)	
		有	無
申請表			
醫療機構開業執照正反面影本			
負責醫師執業執照正反面影本			
計畫 執行 團隊	牙醫師、耳鼻喉專科醫師：名單與執業執照正反面影本。		
	戒檳指導人員：名單、執業執照正反面影本與戒檳課程證明(遺失者請與本局確認)，無適用執業執照者，請提供職員證正反面影本。		
	兼任人員：除檢附上述資料外，須有效支援報備證明文件影本。(支援效期須屆於本案計畫執行期間)		

備註：以上資料，請依順序排列。

## 參、預計目標執行情形

項次	工作項目	目標數
一	推動轄區健保特約醫事服務機構營造無檳環境	1. 環境營造： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 政策認知： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3. 稽查檢核：檢核頻率____次/日/週/月
二	高嚼檳職場口腔癌篩檢服務	1. 預計篩檢場次：____(場) 2. 預計篩檢有效人數：____(人)
三	高癌化陽性個案病理確診服務	預計確診人數：____(人)
四	轄區民眾戒檳指導服務	1. 預計收案人數：____(人) 2. 預計服務案次：____(案次)

## 桃園市政府衛生局

## 113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫醫院資格審查表

填報日期：113 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申請單位：\_\_\_\_\_

## 壹、醫院送件資料檢核表

送審資料		審查結果		備註
		相符	不符	
申請表				
醫療機構開業執照正反面影本				
負責醫師執業執照正反面影本				
計畫執行團隊	牙醫師、耳鼻喉專科醫師：名單與執業執照正反面影本。			
	戒檳指導人員：名單、執業執照正反面影本與戒檳課程證明（遺失者請與本局確認），無適用執業執照者，請提供職員證正反面影本。			
	兼任人員：除檢附上述資料外，須有效支援報備證明文件影本。（支援效期須屆於本案計畫執行期間）			

## 貳、預計目標/申請經費

項次	工作項目	目標數	申請經費 (元)
一	推動轄區健保特約醫事服務機構營造無檳環境	1. 環境營造： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 政策認知： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3. 稽查檢核：檢核頻率____次/日/週/月	
二	高嚼檳職場口腔癌篩檢服務	1. 預計篩檢場次：____(場) 2. 預計篩檢有效人數：____(人)	
三	高癌化陽性個案病理確診服務	預計確診人數：____(人)	
四	轄區民眾戒檳指導服務	1. 預計收案人數：____(人) 2. 預計服務案次：____(案次)	
總計			

備註：

1. 項次一完成 3 選項者以 1 萬元計價；項次二篩檢場次以 7,000 元/場，上限 4 場計價；項次二確診人數以 1000 元/人，上限 5 人計價；項次四以 250 元/案次計價。
2. 申請文件皆相符且預計經費執行數由高至低排序，前 6 名者為本計畫執行單位。如預計經費執行數相同者，則本局可參考前 1 年度口腔癌篩檢執行情形及院所協助地方推動公共衛生情形，進行評核。

## 桃園市政府衛生局

## 113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫合約書

桃園市政府衛生局（以下簡稱甲方）為增進民眾健康與福祉，特委託  
\_\_\_\_\_醫院（以下簡稱乙方）辦理 113 年「無檳醫院營造暨高嚼檳職  
場篩檢衛教指導計畫」，雙方同意下列規定：

**第一條、計畫執行期間：**自 113 年 1 月 1 日起至 113 年 10 月 31 日止，或經費  
用罄為止。

**第二條、乙方應符合下列規定：**

(一) 乙方應為健保特約醫療機構，院所層級為地區級以上醫院層級，且為預  
防保健口腔黏膜檢查服務機構。

(二) 簽約時需檢附下列資料：

1. 申請表。
2. 醫療機構開業執照正反面影本。
3. 負責醫師執業執照正反面影本。
4. 執行本計畫之牙醫師、耳鼻喉專科醫師名單與執業執照正反面影本。
5. 執行本計畫之戒檳指導人員名單、執業執照正反面影本及戒檳課程證  
明；非醫事人員或社工師等無執業執照者，請提供職員證正反面影本。
6. 若為兼任人員需額外檢具已核備之有效支援報備證明文件影本，其支  
援效期須屆於本案計畫執行期間。

(三) 乙方應由合格專業之牙醫師、耳鼻喉專科醫師，並為登錄之正式醫事人  
員執行口腔癌篩檢服務。

(四) 乙方執行口腔癌篩檢服務及戒檳指導服務時，應對個案敘明注意事項  
及適當衛教指導（包含醫療風險與法律資訊告知）。

**第三條、服務對象依本計畫之內容為準。**

**第四條、配合之項目：**詳如核定之計畫書，包含營造無檳醫院環境、高嚼檳職場  
口腔癌篩檢服務、推動高癌化陽性個案病理確診及轄區民眾戒檳指導  
服務等相關事項。

**第五條、經費申請：**

(一) 本計畫補助經費為指定用途之專案補助，各項補助項目皆須專款專用，  
不得任意流用。

(二) 乙方成立無檳醫院、執行無檳政策與營造落實院內外無檳環境，補助無

檳醫院營造費新臺幣（以下同）1 萬元。

- (三) 乙方提供高嚼檳職場符合口腔癌篩檢資格之勞工接受口腔癌篩檢服務，每場篩檢服務補助 7,000 元，上限補助 4 場（同院所於不同日期提供同 1 處工地之不同勞工接受口腔癌篩檢得計算為不同場次），每場次有效人數至少 2 人，並以 10 人為原則，有效人數達 2 人即補助 1 場費用，視甲方經費額度得調整補助場次。
- (四) 乙方提供經前項篩檢服務初篩結果為口腔癌高癌化陽性個案，追蹤直至該案完成病理確診（C 表），每案補助乙方追蹤高癌化陽性個案完成病理確診費 1,000 元，上限補助 5 案，視甲方經費額度得調整補助案次。
- (五) 乙方執行轄區民眾戒檳指導服務，依個案服務接受情形，每案至多可申請 6 案次指導服務費用（戒檳指導服務補助費 4 案次、戒檳指導完追補助費 1 案次、預防保健口腔黏膜檢查補助費 1 案次），250 元/案次，視甲方經費額度得調整補助案次。
- (六) 乙方辦理本案所需之口腔癌篩檢及陽性個案追蹤、戒檳指導、無檳醫院、無檳環境等相關所需之禮品費用，以 100 元/份為上限，補助上限 2 萬元。
- (七) 113 年 10 月 31 日（含，以函文送達日為準）以前，執行單位函送提交全案經費支出明細表、成果及經費核銷附件紙本及 WORD 電子檔及相關核銷佐證至本局辦理結案作業。經本局審查通過，通知院方開立領據正本 1 式 2 份辦理撥款事宜。
- (八) 乙方如未能依限將前項相關資料提送甲方並完成結案手續，每逾期 1 日（以函文送達日為準），乙方應繳交補助經費總額千分之一之違約金。
- (九) 乙方如因特殊原因、不可抗力或其他可歸責於甲方之事由，未能依限繳交相關資料辦理核銷結案作業，應於計畫執行期限屆滿前 30 個工作天以正式公文向甲方敘明理由申請延期繳交。
- (十) 甲方得隨時抽查乙方有關本計畫之相關資料，乙方如以詐欺、偽冒、造假或不實之篩檢紀錄、證明、報告及其他不正當行為而領有本計畫費用者，應予以停止撥款，並由甲方以書面命乙方繳回溢領款項，甲方並得立即終止契約，若衍生相關訴訟費用概由乙方負責，涉及刑責者移送司法機關辦理。

#### **第六條、成果資料：**

- (一) 成果資料內容不得有抄襲、剽竊、或違反著作權法等行為。如違反上述規定，除乙方應將已撥付之計畫經費全數返還甲方外，乙方於 3 年內不得再接受甲方之補助計畫，且乙方應負相關損害賠償等其他相關法

律責任。

- (二) 成果資料如歸屬乙方，乙方同意其所繳交之成果報告，無償由甲方及其附屬機關（構）視需要自行或指定其他第三人不限地域、時間或次數，以微縮、光碟、數位化等方式予以重製、散佈、傳送、發行、公開發表、上載傳送網路供檢索查詢，或為其他方式之利用。

#### **第七條、其他配合事項：**

- (一) 乙方須指派專人擔任窗口，處理本案計畫執行事宜。
- (二) 乙方應配合本局推動高嚼檳職場篩檢及衛教相關業務，例如：配合甲方媒合轄內高嚼檳或口腔癌高發生行業入場篩檢、現場查核或輔導並得依建議滾動式修正等相關事宜。
- (三) 乙方提交之全案期末成果報告如經甲方審查後仍有不足者，需依甲方建議進行調整及改善事宜。
- (四) 兼任/支援報備醫事人員異動時，應以書面函文向本局報備。
- (五) 計畫執行過程嚴禁涉及任何營利行為，並應保護服務對象隱私，若有任何侵犯第三人合法權益時，由乙方負責處理並承擔一切法律責任。
- (六) 乙方執行口腔癌篩檢服務，如因可歸責於乙方致損害服務對象健康時，乙方應自負醫療糾紛責任，概與甲方無關。
- (七) 乙方參與本計畫之相關人員務必遵守個人資料保護法等相關規定，確實妥善保管所取得之個人敏感性資料；未盡事宜，悉依相關法規辦理。
- (八) 計畫執行中，乙方應善盡維護環境之衛生及安全之責，倘相關工作人員因執行計畫致生命、健康、財產上受侵害時，乙方應自負完全責任，與甲方無涉。
- (九) 智慧財產權：
1. 乙方交付之本案相關報告或文件，如包含第三者開發之產品（或無法判斷是否為第三者之產品時），應保證（或是提供授權證明文件）其使用之合法性（以符合中華民國著作權法規為準），如隱瞞事實或取用未經合法授權使用之識別標誌、圖表及圖檔等，致使甲方遭受任何損失或聲譽損害時，乙方應負一切損害賠償責任（含訴訟及律師費用），於涉訟或仲裁中為甲方之權益辯護。
  2. 乙方必須遵守著作權及專利法之一切規定，如有違反情事發生，乙方應負完全法律責任，與甲方無關。
- (十) 乙方應依採購法相關規定辦理採購業務，並請乙方及所屬單位避免接受菸商包括經費及任何形式的贊助及接受菸商的投資。
- (十一) 乙方應於獲補助之各項服務、措施或活動所製作之單張、文宣品、媒

體傳播、活動舞台背景、出國報告、研究成果報告、訪問報告等補助項目或範圍明顯適當位置，註明「菸品健康福利捐補助」等經費來源字樣。倘辦理政策宣導，應確實依政府機關政策文宣規劃執行注意事項及預算法第 62 條之 1 規定，明確標示「廣告」二字。

(十二)本合約以中華民國法律為準據法，並以甲方所在之臺北高等行政法院為第一審管轄法院。

**第八條、保密協定：**雙方對於本合約之未公開資料，應以密件處理並妥善保管，不得任意洩露或交付任何第三人或使第三人知悉。雙方並應要求其參與本計畫之人員遵守本合約之規定及守密之義務。

**第九條、合約修改：**本合約書或備忘錄中未提及之其他相關事宜，經雙方研議同意後，得以附約或換文方式另行約定，補充或修正亦同，其效力與本合約同。本合約書文字如有疑義時，其解釋權歸屬於甲方。

**第十條、合約生效：**本合約書正、副本各 1 份，分送雙方各執正、副本 1 份為憑，以資信守。

**第十一條、**上述內容如有不足之處，依甲方公告計畫內容及相關政府法令辦理。

立 約 人

甲 方：桃園市政府衛生局 (加蓋關防)

代 表 人：劉宜廉 (簽章)

統 一 編 號：43504001

地 址：桃園市桃園區縣府路 55 號

電 話：(03)334-0935

乙 方： (加蓋關防)

代 表 人： (簽章)

統 一 編 號：

地 址：

電 話：

中 華 民 國 1 1 3 年 月 日

茲領到 113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫(無檳醫院營造費)  
補助款計

新臺幣 壹萬元整  
此致 桃園市政府衛生局

醫院名稱：

(請寫全名及蓋機關章)

主辦人員：\_\_\_\_\_ (請蓋職章)

出納人員：\_\_\_\_\_

會計人員：\_\_\_\_\_

院長：\_\_\_\_\_

註：私立醫院如無會計出納人員可免簽章

統一編號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_

掛號信收件地址：( ) \_\_\_\_\_

銀行分行別：\_\_\_\_\_ 金融帳號：\_\_\_\_\_ 戶名：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日

第一聯(領據一式二聯，請分別用印，依規定黏貼或用印千分之四印花稅於第一聯背面，另匯款 30 元由醫院負擔)

茲領到 113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫(無檳醫院營造費)  
補助款計

新臺幣 壹萬元整  
此致 桃園市政府衛生局

醫院名稱：

(請寫全名及蓋機關章)

主辦人員：\_\_\_\_\_ (請蓋職章)

出納人員：\_\_\_\_\_

會計人員：\_\_\_\_\_

院長：\_\_\_\_\_

註：私立醫院如無會計出納人員可免簽章

統一編號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_

掛號信收件地址：( ) \_\_\_\_\_

銀行分行別：\_\_\_\_\_ 金融帳號：\_\_\_\_\_ 戶名：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日

第二聯(領據一式二聯，請分別用印，依規定黏貼或用印千分之四印花稅於第一聯背面，另匯款 30 元由醫院負擔)

茲領到 113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫（推動高嚼檳職場  
口腔癌篩檢服務費）補助款計

新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 桃園市政府衛生局

醫院名稱：

（請寫全名及蓋機關章）

主辦人員：\_\_\_\_\_（請蓋職章）

出納人員：\_\_\_\_\_

會計人員：\_\_\_\_\_

院長：\_\_\_\_\_

註：私立醫院如無會計出納人員可免簽章

統一編號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_

掛號信收件地址：( ) \_\_\_\_\_

銀行分行別：\_\_\_\_\_ 金融帳號：\_\_\_\_\_ 戶名：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日

第一聯（領據一式二聯，請分別用印，依規定黏貼或用印千分之四印花稅於第一聯背面，另匯款 30 元由醫院負擔）

茲領到 113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫（推動高嚼檳職場  
口腔癌篩檢服務費）補助款計

新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 桃園市政府衛生局

醫院名稱：

（請寫全名及蓋機關章）

主辦人員：\_\_\_\_\_（請蓋職章）

出納人員：\_\_\_\_\_

會計人員：\_\_\_\_\_

院長：\_\_\_\_\_

註：私立醫院如無會計出納人員可免簽章

統一編號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_

掛號信收件地址：( ) \_\_\_\_\_

銀行分行別：\_\_\_\_\_ 金融帳號：\_\_\_\_\_ 戶名：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日

第二聯（領據一式二聯，請分別用印，依規定黏貼或用印千分之四印花稅於第一聯背面，另匯款 30 元由醫院負擔）

茲領到 113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫（追蹤高癌化陽性個案完成病理確診費）補助款計

新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 桃園市政府衛生局

醫院名稱：

（請寫全名及蓋機關章）

主辦人員：\_\_\_\_\_（請蓋職章）

出納人員：\_\_\_\_\_

會計人員：\_\_\_\_\_

院長：\_\_\_\_\_

註：私立醫院如無會計出納人員可免簽章

統一編號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_

掛號信收件地址：( ) \_\_\_\_\_

銀行分行別：\_\_\_\_\_ 金融帳號：\_\_\_\_\_ 戶名：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日

第一聯（領據一式二聯，請分別用印，依規定黏貼或用印千分之四印花稅於第一聯背面，另匯款 30 元由醫院負擔）

茲領到 113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫（追蹤高癌化陽性個案完成病理確診費）補助款計

新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 桃園市政府衛生局

醫院名稱：

（請寫全名及蓋機關章）

主辦人員：\_\_\_\_\_（請蓋職章）

出納人員：\_\_\_\_\_

會計人員：\_\_\_\_\_

院長：\_\_\_\_\_

註：私立醫院如無會計出納人員可免簽章

統一編號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_

掛號信收件地址：( ) \_\_\_\_\_

銀行分行別：\_\_\_\_\_ 金融帳號：\_\_\_\_\_ 戶名：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日

第二聯（領據一式二聯，請分別用印，依規定黏貼或用印千分之四印花稅於第一聯背面，另匯款 30 元由醫院負擔）

茲領到 113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫(戒檳指導服務費)  
補助款計

新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 桃園市政府衛生局

醫院名稱：

(請寫全名及蓋機關章)

主辦人員：\_\_\_\_\_ (請蓋職章)

出納人員：\_\_\_\_\_

會計人員：\_\_\_\_\_

院長：\_\_\_\_\_

註：私立醫院如無會計出納人員可免簽章

統一編號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_

掛號信收件地址：( ) \_\_\_\_\_

銀行分行別：\_\_\_\_\_ 金融帳號：\_\_\_\_\_ 戶名：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日

第一聯(領據一式二聯，請分別用印，依規定黏貼或用印千分之四印花稅於第一聯背面，另匯款 30 元由醫院負擔)

茲領到 113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫(戒檳指導服務費)  
補助款計

新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 桃園市政府衛生局

醫院名稱：

(請寫全名及蓋機關章)

主辦人員：\_\_\_\_\_ (請蓋職章)

出納人員：\_\_\_\_\_

會計人員：\_\_\_\_\_

院長：\_\_\_\_\_

註：私立醫院如無會計出納人員可免簽章

統一編號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_

掛號信收件地址：( ) \_\_\_\_\_

銀行分行別：\_\_\_\_\_ 金融帳號：\_\_\_\_\_ 戶名：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日

第二聯(領據一式二聯，請分別用印，依規定黏貼或用印千分之四印花稅於第一聯背面，另匯款 30 元由醫院負擔)

茲領到 113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫（禮品費）補助款計

新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 桃園市政府衛生局

醫院名稱：

（請寫全名及蓋機關章）

主辦人員：\_\_\_\_\_（請蓋職章）

出納人員：\_\_\_\_\_

會計人員：\_\_\_\_\_

院長：\_\_\_\_\_

註：私立醫院如無會計出納人員可免簽章

統一編號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_

掛號信收件地址：( ) \_\_\_\_\_

銀行分行別：\_\_\_\_\_ 金融帳號：\_\_\_\_\_ 戶名：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日

第一聯（領據一式二聯，請分別用印，依規定黏貼或用印千分之四印花稅於第一聯背面，另匯款 30 元由醫院負擔）

茲領到 113 年無檳醫院營造暨高嚼檳職場篩檢衛教指導計畫（禮品費）補助款計

新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 桃園市政府衛生局

醫院名稱：

（請寫全名及蓋機關章）

主辦人員：\_\_\_\_\_（請蓋職章）

出納人員：\_\_\_\_\_

會計人員：\_\_\_\_\_

院長：\_\_\_\_\_

註：私立醫院如無會計出納人員可免簽章

統一編號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_

掛號信收件地址：( ) \_\_\_\_\_

銀行分行別：\_\_\_\_\_ 金融帳號：\_\_\_\_\_ 戶名：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日

第二聯（領據一式二聯，請分別用印，依規定黏貼或用印千分之四印花稅於第一聯背面，另匯款 30 元由醫院負擔）