



健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單

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。													
乳房攝影車篩檢： <input type="checkbox"/> 否（儀器登設字_____；所屬單位院所名稱_____；機構代碼_____）； <input type="checkbox"/> 是（儀器登設字_____；所屬單位院所名稱_____；機構代碼_____；車號_____）。													
病歷號：													
個人基本資料（檢查婦女填寫）													
姓名	身分證統一編號 統一證號（外籍）												
出生日期	年 月 日 聯絡資訊 電話：() 手機：												
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣 市 鄉 村 路 段 巷 號 市 區 鎮 里 街 弄 樓												
教育	<input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 小學； <input type="checkbox"/> 國（初）中； <input type="checkbox"/> 高中/高職； <input type="checkbox"/> 專科、大學； <input type="checkbox"/> 研究所以上； <input type="checkbox"/> 拒答。												
其它資訊	身高： 公分；體重： 公斤。												
個案臨床資料（檢查婦女填寫）													
疾病史	有無得過下列疾病？ <input type="checkbox"/> 有，疾病為： <input type="checkbox"/> 乳房良性相關疾病； <input type="checkbox"/> 乳癌； <input type="checkbox"/> 其他癌症： ； <input type="checkbox"/> 無。												
家族史	與您有血緣的家屬中，有無人得過乳癌？ <input type="checkbox"/> 有，請填下方表格： <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>血緣關係</th> <th>母親</th> <th>姊妹</th> <th>女兒</th> <th>祖母</th> <th>外祖母</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>罹患乳癌人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> 無。	血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母	罹患乳癌人數					
血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母								
罹患乳癌人數													
月經史	初經年齡_____歲（實歲）； 是否已停經？ <input type="checkbox"/> 是，停經年齡_____歲（實歲）； 停經原因： <input type="checkbox"/> 自然停經； <input type="checkbox"/> 子宮切除； <input type="checkbox"/> 卵巢切除； <input type="checkbox"/> 其他_____。 <input type="checkbox"/> 否。												
生育史	生產次數_____次； 有無哺餵母乳（至少某胎哺餵母乳一個月以上）： <input type="checkbox"/> 有， <input type="checkbox"/> 無； 第一胎生產實足年齡_____歲。												
用藥史	是否服用荷爾蒙補充劑？ <input type="checkbox"/> 是，_____歲開始，服用_____年； <input type="checkbox"/> 否。 是否服用口服避孕藥？ <input type="checkbox"/> 是，_____歲開始，服用_____年； <input type="checkbox"/> 否。												
是否有感覺到異常腫塊？	<input type="checkbox"/> 有摸到硬塊或疼痛、壓痛，請在右圖相關位置標示「X」； <input type="checkbox"/> 沒有症狀； <input type="checkbox"/> 未做過乳房自我檢查。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div>												
其他	最近二年內是否曾做過下列檢查（可複選）？ <input type="checkbox"/> 醫護人員觸診； <input type="checkbox"/> 乳房攝影 X 光檢查； <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> 以上皆未做過。 是否曾接受過乳房手術？ <input type="checkbox"/> 是：(<input type="checkbox"/> 左側， <input type="checkbox"/> 右側)； <input type="checkbox"/> 否。												
1. 本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用。 2. 乳房 X 光攝影經證實可發現早期乳癌，但準確度並非 100%，約有 15% 的乳癌無法有效偵測，所以即使檢查結果正常，在下次定期檢查前，如有發現異狀，仍應儘速就醫。													

*確認以上資料正確無誤：_____（簽名）

*為提升影像判讀準確性，本人同意相關醫事人員可於看診或判讀報告時查詢本人歷次篩檢報告及影像。

受檢婦女簽名：_____

乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)											
醫院名稱						醫事機構代碼					
攝影日期	年 月 日										
攝影儀機型	<input type="checkbox"/> CR 乳房 X 光攝影儀 (Computed Radiography, CR) ; <input type="checkbox"/> DR 乳房 X 光攝影儀 (Digital Radiography, DR) ; <input type="checkbox"/> 乳房斷層攝影機 (Tomosynthesis, Tomo) 。										
乳房觸診檢查	<input type="checkbox"/> 有腫塊或其他異常，請在右圖相關位置標示「X」； <input type="checkbox"/> 無異常； <input type="checkbox"/> 未做觸診檢查。										
乳腺組成	<input type="checkbox"/> Fatty breast ; <input type="checkbox"/> Scattered fibroglandular density ; <input type="checkbox"/> Heterogeneously dense ; <input type="checkbox"/> Extremely dense 。										
與舊片比較	<input type="checkbox"/> 是 ; <input type="checkbox"/> 否，理由為： <input type="checkbox"/> 第一次篩檢， <input type="checkbox"/> 無法取得舊片， <input type="checkbox"/> 無法獲知是否有舊片。										
攝影判讀日期	年 月 日										
攝影檢查結果	<p>※ Category 0, 3, 4, 5 需加填「乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表」。</p> <input type="checkbox"/> (0) 需附加其他影像檢查再評估 (Category 0: Need Additional Imaging Evaluation.) <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現 (Category 1: Negative.) <input type="checkbox"/> (2) 良性發現 (Category 2: Benign Finding) <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查 (六至十二個月) (Category 3: Probably Benign Finding—Short Interval Follow-Up Suggested.) <input type="checkbox"/> (4) 可疑異常須考慮組織生檢 (Category 4: Suspicious Abnormality—Biopsy Should Be Considered.) <input type="checkbox"/> a. Low suspicion <input type="checkbox"/> b. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> c. High suspicion <input type="checkbox"/> (5) 高度懷疑為惡性腫瘤必須採取適當的措施 (Category 5: Highly Suggestive of Malignancy—Appropriate Action Should Be Taken.)										
放射科醫師						醫事放射師					

(113 年 1 月修訂)

健康署四十歲以上至未滿四十五歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女乳房 X 光攝影檢查服務聲明書

立聲明書人_____（以下簡稱本人），因為_____之原因，故無法出具二親等以內血親曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件，茲證明我的 母親， 姊妹， 女兒， 祖母， 外祖母 曾患有乳癌，該名親屬姓名為_____，身分證統一編號（死亡者免填）：_____，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。