

健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利補助」

- * 國籍：①本國 ②外籍人士
- * 抹片車或設站篩檢：①否 ②抹片車 ③設站篩檢
- * 1. 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其他
⑤難判重做 ⑥自費健康檢查

時程代碼：_____

一、個人基本資料 (檢查婦女填寫)

- * 2. 姓名：_____
- * 3. 出生日期：民國____年____月____日
- * 4. 身分證統一編號或統一證號：
□□□□□□□□□□
- * 5. 電話：_____
- * 6. 教育：①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職
⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
- * 7. 現住址：
縣 鄉鎮 村 路
市 市區 里 (街) 段
巷 弄 號 樓-_____-
(鄉鎮代碼)
縣 鄉鎮
市 市區-_____-
(鄉鎮代碼)
- * 8. 戶籍住址：_____

二、個案臨床資料 (檢查婦女填寫)

- 9. 最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內
③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
- 10. 已停經？(一年無月經) ①是 ②否 ③不知道
- 11. 最後一次月經日期：民國____年____月____日
- 12. 現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道
- * 13. 子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道
- * 14. 子宮是否接受過放射線治療？ ①是 ②否 ③不知道
- * 15. 是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有
HPV疫苗) ①是，民國____年 ②否 ③不知道
- * 16. 是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測？
①是 ②否 ③不知道

(1) 有無自覺症狀？如非月經期間不正常陰道出血及異常分泌物
①是 ②否 ③不知道
(2) 本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用

確認以上資料正確無誤：_____ (簽名)

三之一、抹片資料 (採檢醫療機構填寫)

- 17. 病歷號：_____
- * 18. 抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日
- * 19. 抹片檢體取樣機構：名稱 _____
(代碼 10 碼) _____
- * 20. 抹片檢體取樣人員 (姓名)：_____
- 抹片檢體取樣人員 (執業登記執照字號)：_____
- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士
⑤衛生所醫師 (非屬①②)
- * 21. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤
④前次抹片難以判讀 ⑤其他
- 22. 臨床所見 (含骨盆腔檢查結果)：_____

三之二、抹片資料 (病理醫療機構填寫)

- * 23. 抹片細胞病理編號：_____
- * 24. 抹片判讀機構：名稱 _____
(代碼 10 碼) _____
- * 25. 抹片收到日期：民國____年____月____日
- * 26. 檢體種類：①常規抹片 ②液體標本 ③其他

四、抹片判讀結果 (病理醫療機構填寫)

- * 27. 閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他
 - * 28. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
 - * 29. 抹片尚可或難以判讀之原因 (最多可選二個)
①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物 (如潤滑劑)
⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他 _____
 - * 30. 可能的感染 (可多選) ①Candida ②Trichomonas
③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑧Actinomyces ⑥Others _____
 - * 31. 細胞病理診斷 (只可單選)：_____
- NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY
- Within normal limit ----- ①
 - Reactive changes : Inflammation, repair,
radiation, and others ----- ②
 - trophy with inflammation ----- ③
- ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
- Atypical squamous cells (ASC-US) ----- ④
 - Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ----- ⑩
- LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
- Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes ----- ⑥
 - Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes ----- ⑦
- HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
- Moderate dysplasia (CIN2) ----- ⑧
 - Severe dysplasia (CIN3) ----- ⑨
 - Carcinoma in situ (CIN3) ----- ⑪
- SQUAMOUS CELL CARCINOMA ----- ⑫
- ATYPICAL GLANDULAR CELLS
- Atypical glandular cells ----- ⑮
 - Atypical glandular cells favor neoplasm ----- ⑯
- ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ----- ⑰
- ADENOCARCINOMA ----- ⑱
- OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑲
- OTHER ----- ⑲
- Dysplasia cannot exclude HSIL ----- ⑲

32. 子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否

33. 建議：

- ①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
- ②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
- ③抹片結果異常，請再做進一步檢查
- ④其他建議 _____

* 檢驗者 (請簽名及填寫代碼)

Cytotechnologist _____ Cytopathologist _____
_____() _____()
(____月____日) *
* 為必填之項目 * 請輸入確診日期

健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

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：病理醫療機構回報採檢醫療機構聯

- *國籍：①本國 ②外籍人士
- *抹片車或設站篩檢：①否 ②抹片車 ③設站篩檢
- *1.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其他 ⑤難判重做 ⑥自費健康檢查

時程代碼：_____

一、個人基本資料（檢查婦女填寫）

- *2.姓名：_____
- *3.出生日期：民國_____年_____月_____日
- *4.身分證統一編號或統一證號：
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
- *5.電話：_____—_____
- *6.教育：①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職 ⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
- *7.現住址：
縣 鄉鎮 村 路
市 市區 里 (街) 段
巷 弄 號 樓—_____
(鄉鎮代碼)
縣 鄉鎮
市 市區—_____
(鄉鎮代碼)
- *8.戶籍住址：_____市_____市區—_____
(鄉鎮代碼)

二、個案臨床資料（檢查婦女填寫）

- 9.最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內 ③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
- 10.已停經？（一年無月經）①是 ②否 ③不知道
- 11.最後一次月經日期：民國_____年_____月_____日
- 12.現在是否懷孕？①是 ②否 ③不知道
- *13.子宮是否切除？①是 ②否 ③不知道
- *14.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道
- *15.是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有 HPV 疫苗) ①是，民國_____年 ②否 ③不知道
- *16.是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測？
①是 ②否 ③不知道

(1)有無自覺症狀?如非月經期間不正常陰道出血及異常分泌物
① 是 ②否 ③不知道

(2)本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用

確認以上資料正確無誤：_____（簽名）

三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫）

- 17.病歷號：_____
- *18.抹片檢體取樣日期：民國_____年_____月_____日
- *19.抹片檢體取樣機構：名稱 _____
(代碼 10 碼) _____
- *20.抹片檢體取樣人員（姓名）：_____
- 抹片檢體取樣人員（執業登記執照字號）：

- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士
⑤衛生所醫師（非屬①②）
- *21.做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他
- 22.臨床所見（含骨盆腔檢查結果）：_____

三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）

- *23.抹片細胞病理編號：_____
- *24.抹片判讀機構：名稱 _____
(代碼 10 碼) _____
- *25.抹片收到日期：民國_____年_____月_____日
- *26.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本 ③其他

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）

- *27.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他
- *28.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
- *29.抹片尚可或難以判讀之原因（最多可選二個）
①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物（如潤滑劑）
⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他 _____
- *30.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas
③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑧Actinomyces ⑥Others _____
- *31.細胞病理診斷（只可單選）：_____

NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY

- Within normal limit ----- ①
- Reactive changes : Inflammation, repair, radiation, and others ----- ②
- trophy with inflammation ----- ③

ATYPICAL SQUAMOUS CELLS

- Atypical squamous cells (ASC-US) ----- ④
- Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ----- ⑬

LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION

- Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes ----- ⑥
- Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes ----- ⑦

HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION

- Moderate dysplasia (CIN2) ----- ⑧
- Severe dysplasia (CIN3) ----- ⑨
- Carcinoma in situ (CIN3) ----- ⑩

SQUAMOUS CELL CARCINOMA ----- ⑪

ATYPICAL GLANDULAR CELLS

- Atypical glandular cells ----- ⑤
- Atypical glandular cells favor neoplasm ----- ⑮

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ----- ⑱

ADENOCARCINOMA ----- ⑫

OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑬

OTHER ----- ⑭

Dysplasia cannot exclude HSIL ----- ⑰

32.子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否

33.建議：

- ①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
- ②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
- ③抹片結果異常，請再做進一步檢查
- ④其他建議 _____

*檢驗者（請簽名及填寫代碼）

Cytotechnologist _____ Cytopathologist _____

_____（月_____日）*
*為必填之項目 *請輸入確診日期

健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

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」

- * 國籍：①本國 ②外籍人士
- * 抹片車或設站篩檢：①否 ②抹片車 ③設站篩檢
- * 1. 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其他
⑤難判重做 ⑥自費健康檢查

時程代碼：_____

一、個人基本資料 (檢查婦女填寫)

- * 2. 姓名：_____
- * 3. 出生日期：民國_____年_____月_____日
- * 4. 身分證統一編號或統一證號：
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
- * 5. 電話：_____
- * 6. 教育：①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職
⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
- * 7. 現住址：
縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 _____
市 _____ 市區 _____ 里 _____ (街) _____ 段
巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 _____
(鄉鎮代碼) _____
- * 8. 戶籍住址：縣 _____ 鄉鎮 _____
市 _____ 市區 _____
(鄉鎮代碼) _____

二、個案臨床資料 (檢查婦女填寫)

- 9. 最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內
③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
- 10. 已停經？(一年無月經) ①是 ②否 ③不知道
- 11. 最後一次月經日期：民國_____年_____月_____日
- 12. 現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道
- * 13. 子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道
- * 14. 子宮是否接受過放射線治療？ ①是 ②否 ③不知道
- * 15. 是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有
HPV疫苗) ①是，民國_____年 ②否 ③不知道
- * 16. 是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測？
①是 ②否 ③不知道

(1) 有無自覺症狀？如非月經期間不正常陰道出血及異常分泌物
①是 ②否 ③不知道
(2) 本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用

確認以上資料正確無誤：_____ (簽名)

三之一、抹片資料 (採檢醫療機構填寫)

- 17. 病歷號：_____
- * 18. 抹片檢體取樣日期：民國_____年_____月_____日
- * 19. 抹片檢體取樣機構：名稱 _____
(代碼 10 碼) _____
- * 20. 抹片檢體取樣人員 (姓名)：_____
抹片檢體取樣人員 (執業登記執照字號)：_____
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士
⑤衛生所醫師 (非屬①②)
- * 21. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤
④前次抹片難以判讀 ⑤其他
- 22. 臨床所見 (含骨盆腔檢查結果)：_____

三之二、抹片資料 (病理醫療機構填寫)

- * 23. 抹片細胞病理編號：_____
- * 24. 抹片判讀機構：名稱 _____
(代碼 10 碼) _____
- * 25. 抹片收到日期：民國_____年_____月_____日
- * 26. 檢體種類：①常規抹片 ②液體標本 ③其他

四、抹片判讀結果 (病理醫療機構填寫)

- * 27. 閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他
 - * 28. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
 - * 29. 抹片尚可或難以判讀之原因 (最多可選二個)
①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物 (如潤滑劑)
⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他 _____
 - * 30. 可能的感染 (可多選) ①Candida ②Trichomonas
③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑧Actinomyces ⑥Others _____
 - * 31. 細胞病理診斷 (只可單選)：_____
- NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY
- Within normal limit ----- ①
 - Reactive changes : Inflammation, repair,
radiation, and others ----- ②
 - trophy with inflammation ----- ③
- ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
- Atypical squamous cells (ASC-US) ----- ④
 - Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ----- ⑬
- LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
- Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes ----- ⑥
 - Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes ----- ⑦
- HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
- Moderate dysplasia (CIN2) ----- ⑧
 - Severe dysplasia (CIN3) ----- ⑨
 - Carcinoma in situ (CIN3) ----- ⑩
- SQUAMOUS CELL CARCINOMA ----- ⑪
- ATYPICAL GLANDULAR CELLS
- Atypical glandular cells ----- ⑤
 - Atypical glandular cells favor neoplasm ----- ⑮
- ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ----- ⑱
- ADENOCARCINOMA ----- ⑫
- OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑬
- OTHER ----- ⑭
- Dysplasia cannot exclude HSIL ----- ⑰

32. 子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否

33. 建議：
- ①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
 - ②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
 - ③抹片結果異常，請再做進一步檢查
 - ④其他建議 _____

* 檢驗者 (請簽名及填寫代碼)

Cytotechnologist _____ Cytopathologist _____

(____月____日) *
* 為必填之項目 * 請輸入確診日期