

健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

- * 國籍：①本國 ②外籍人士
- * 抹片車或社區巡迴服務篩檢：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
- * 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 ⑥自費健康檢查
- * 難判重做？①是 ②否
- 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(外籍)：
□□□□□□□□□□
- * 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

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。
受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

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)

- 16. 病歷號：_____ * 雙子宮頸？ ①是 ②否
- * 17. 抹片檢體取樣日期：民國_____年_____月_____日
- * 18. 抹片檢體取樣機構：名稱 _____ (代碼 10 碼) _____
- * 19. 抹片檢體取樣人員 (姓名)：_____ 抹片檢體取樣人員身分證統一編號：□□□□□□□□□□
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師 (非屬①②)
- * 20. 本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？ ①否 ②是
- * 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)：_____

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐/公務預算補助」
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

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
- * 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
- Atrophy 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 (114 年 1 月 修訂)

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捐/公務預算補助」

第二聯：病理醫療機構留存

- * 國籍：①本國 ②外籍人士
- * 抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
- * 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 ⑥自費健康檢查
- * 難判重做？①是 ②否
- 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(外籍)：
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
- * 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
- * 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

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。
受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

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）

- 16. 病歷號：_____ * 雙子宮頸？①是 ②否
- * 17. 抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日
- * 18. 抹片檢體取樣機構：名稱 _____
(代碼 10 碼) _____
- * 19. 抹片檢體取樣人員（姓名）：_____
- 抹片檢體取樣人員身分證統一編號：
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師（非屬①②）
- * 20 本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？①否 ②是
- * 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

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
- * 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
Atrophy 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 * 請輸入確切日期
(114 年 1 月 修訂)

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/公務預算補助」

第三聯：病理醫療機構回報衛生所聯

- * 國籍：①本國 ②外籍人士
- * 抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
- * 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 ⑥自費健康檢查
- * 難判重做？①是 ②否
- 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(外籍)：
- * 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：_____ 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

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。
 受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

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）

- 16. 病歷號：_____ * 雙子宮頸？①是 ②否
- * 17. 抹片檢體取樣日期：民國_____年_____月_____日
- * 18. 抹片檢體取樣機構：名稱 _____
 (代碼 10 碼) _____
- * 19. 抹片檢體取樣人員 (姓名)：_____
- 抹片檢體取樣人員身分證統一編號：
- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師 (非屬①②)
- * 20. 本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？①否 ②是
- * 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

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
- * 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
 Atrophy 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 (114 年 1 月修訂)