附表四之四　　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」

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：□預防保健；□健保醫療給付；□其他公務預算補助；□自費健康檢查；□其他。

乳房攝影車篩檢：
□否（儀器登設字_____；所屬單位院所名稱_____；機構代碼_____）；
□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	民國　　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　區鎮　村里　路街　段　巷弄　號　樓		
教育	□無；□小學；□國（初）中；□高中/高職；□專科、大學；□研究所以上；□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？
□有，疾病為：□乳房良性相關疾病；□乳癌；□其他癌症：　　；
□無。

家族史

與您有血緣的家屬中，有無人得過乳癌？
□有，請填下方表格：

血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母
罹患乳癌人數					
確診時年齡（同類型血緣關係填列確診年齡之最小值）					

□無。

月經史

初經年齡_____歲（實歲）；□其他，無法填寫初經年齡原因：_____
是否已停經？□是，停經年齡　　歲（實歲）；
停經原因：□自然停經；□子宮切除；□卵巢切除；
□其他_____。
□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）：□有，□無；
第一胎生產實足年齡　　歲。

用藥史

是否服用荷爾蒙補充劑？□是，　　歲開始，服用　　年；□否。
是否服用口服避孕藥？□是，　　歲開始，服用　　年；□否。

是否有感覺到異常腫塊？

□ 有摸到硬塊或疼痛、壓痛，請在右圖相關位置標示「X」；
□ 沒有症狀；
□ 未做過乳房自我檢查。

其他

最近二年內是否曾做過下列檢查（可複選）？
□醫護人員觸診；□乳房攝影 X 光檢查；□乳房超音波檢查；□以上皆未做過。
是否曾接受過乳房手術？□是：(□ 左側，□右側)；□否。

1. 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、或政策評估等目的使用。受檢者同意受檢及資料利用。

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	民國　　年　　月　　日		
攝影儀機型	□ CR 乳房 X 光攝影儀（Computed Radiography, CR）； □ DR 乳房 X 光攝影儀（Digital Radiography, DR）； □ 乳房斷層攝影機（Tomosynthesis, Tomo）。		
乳房觸診檢查	□ 有腫塊或其他異常，請在右圖相關位置標示「X」； □ 無異常； □ 未做觸診檢查。 		
乳腺組成	□ Fatty breast；□ Scattered fibroglandular density；□ Heterogeneously dense； □ Extremely dense。		
與舊片比較	□是； □否，理由為：□第一次篩檢，□無法取得舊片，□無法獲知是否有舊片。		
攝影判讀日期	民國　　年　　月　　日		
攝影檢查結果	※ 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」。 □ （0）需附加其他影像檢查再評估 （Category 0: Need Additional Imaging Evaluation.） □ （1）無異常發現 （Category 1: Negative.） □ （2）良性發現 （Category 2: Benign Finding） □ （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.） □ （4）可疑異常須考慮組織生檢 （Category 4: Suspicious Abnormality－Biopsy Should Be Considered.） □a. Low suspicion □b. Moderate suspicion □c. High suspicion □ （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**	

(114 年 1 月修訂)

附表四之五　　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」

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案報告表

病歷號：　　。

檢查資訊			
姓名		身分證統一編號	
		統一證號（外籍）	
出生日期	民國　年　月　日	攝影日期	民國　年　月　日
醫院名稱		放射科醫師	

乳房 X 光攝影疑似異常結果

☐ **Category 0:** Need Additional Imaging Evaluation.
☐ **Category 3:** Probably Benign Finding － Short Interval Follow-up Is Suggested.
☐ **Category 4:** Suspicious Abnormality － Biopsy Should Be Considered.
　☐ a. Low suspicion； ☐ b. Moderate suspicion； ☐ c. High suspicion
☐ **Category 5:** Highly Suggestive of Malignancy － Appropriate Action Should Be Taken.

病灶勾選（如單側多處病灶或兩側皆有病灶，請以不同表單分開呈現）

☐ **1. Mass:** ☐ Rt. ☐ Lt. ☐ Multiple, Unilateral ☐ Multiple, Bilateral

Location	☐ UOQ	☐ UIQ	☐ LOQ	☐ LIQ	☐ Subareolar	☐ Axillary tail
	One view only	☐ Upper Hemisphere		☐ Lower Hemisphere		
		☐ Outer Hemisphere		☐ Inner Hemisphere		
Size	☐ < 1.0 cm	☐ 1-2 cm	☐ 2-3 cm	☐ 3-4 cm	☐ > 4 cm	
Shape	☐ Round	☐ Oval	☐ Lobular	☐ Irregular		
Margin	☐ Circumscribed	☐ Microlobulated	☐ Obscured	☐ Indistinct	☐ Spiculated	
Density	☐ High density	☐ Equal density	☐ Low-density	☐ Fat-containing		

☐ **2. Calcifications:** ☐ Rt. ☐ Lt. ☐ Multiple, Unilateral ☐ Multiple, Bilateral

Location	☐ UOQ	☐ UIQ	☐ LOQ	☐ LIQ	☐ Subareolar	☐ Axillary tail
	One view only	☐ Upper Hemisphere		☐ Lower Hemisphere		
		☐ Outer Hemisphere		☐ Inner Hemisphere		
Distribution	☐ Grouped	☐ Linear	☐ Segmental	☐ Regional	☐ Diffuse	
Morphology	☐ Amorphous	☐ Coarse Heterogeneous	☐ Fine Pleomorphic	☐ Fine Linear Branching		

☐ **3. Asymmetry:** ☐ Rt. ☐ Lt. ☐ Asymmetry ☐ Focal asymmetry ☐ Developing asymmetry

Location	☐ UOQ	☐ UIQ	☐ LOQ	☐ LIQ	☐ Subareolar	☐ Axillary tail
	One view only	☐ Upper Hemisphere		☐ Lower Hemisphere		
		☐ Outer Hemisphere		☐ Inner Hemisphere		

☐ **4. Architectural Distortion:** ☐ Rt. ☐ Lt.

Location	☐ UOQ	☐ UIQ	☐ LOQ	☐ LIQ	☐ Subareolar	☐ Axillary tail
	One view only	☐ Upper Hemisphere		☐ Lower Hemisphere		
		☐ Outer Hemisphere		☐ Inner Hemisphere		

☐ **5. Thickening or retraction of the skin and/or nipple:** ☐ Rt.／☐ Lt.
☐ **6. Dense or enlarged axillary LNs:** ☐ Rt.／☐ Lt.
☐ **7. Dilated lactiferous ducts:** ☐ Rt.／☐ Lt.
☐ **8. Diffuse thickening of the skin and increased density:** ☐ Rt.／☐ Lt.
☐ **9.Others:**

(114 年 1 月修訂)

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

個人基本資料（攝影醫院填寫）			
姓名		**身分證統一編號** **統一證號（外籍）**	
出生日期	民國　年　月　日 年齡：　歲	**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		
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	民國　年　月　日	**攝影判讀日期**	民國　年　月　日
攝影檢查結果	□（Category 0）需附加其他影像檢查再評估 □（Category 3）可能是良性發現－須短期追蹤檢查（六至十二個月） □（Category 4）可疑異常須考慮組織生檢 □A. Low suspicion □B. Moderate suspicion □C. High suspicion □（Category 5）高度疑似乳癌，須採取適當措施		
追蹤結果（以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料，另執行本注意事項之大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務有需求者，則由負責複檢、負責確診或治療之醫療院所鍵入資料）			
乳房 X 光攝影檢查結果為（Category 0、3）之複檢結果（如有上述需求者，則由負責複檢之醫療院所填寫）			
複檢醫院名稱		**醫事機構代碼**	
複檢日期	民國　年　月　日		
複檢主治醫師姓名			
複檢方式 **（可複選）**	□診斷性乳房 X 光攝影檢查； □乳房超音波檢查； □乳房磁振造影檢查； □其他複檢方式：　。 該項複檢方式檢查結果為： □（1）無異常發現。 □（2）良性發現。 □（3）可能是良性發現－須短期追蹤檢查（六至十二個月）。 □（4）可疑異常須考慮組織生檢。 □A. Low □B. Moderate □C. High suspicion □（5）高度疑似乳癌，須採取適當措施。		
乳房 X 光攝影檢查結果為（4）、（5）及複檢後結果為（4）、（5）之確診檢查結果（如有上述需求者，則由負責確診或治療之醫療院所填寫）			
確診醫院名稱		**醫事機構代碼**	
確診日期	民國　年　月　日	**確定診斷**	□ 非乳癌；□ 乳癌。
確診主治醫師姓名			
確診方式 **（可複選）**	**病理診斷**：□細針抽吸；□粗針穿刺；□鉤針定位；□立體定位穿刺；□手術切片檢查 **臨床診斷**：□ 超音波；□診斷性乳房攝影；□MRI；□ 其他：　。 臨床診斷檢查結果為: □ （1）無異常發現。 □ （2）良性發現。 □ （3）可能是良性發現-須短期追蹤檢查（六至十二個月）。		
手術	□ 無，原因：□拒絕手術；□腫瘤轉移；□中醫療法；□其他　（請說明理由）。 □ 有：日期 民國＿＿年＿＿月＿＿日； 手術醫院名稱：＿＿＿＿＿＿醫事機構代碼：＿＿＿＿＿＿，主治醫師：＿＿＿＿＿＿。		
□非手術切片病理結果 （局部淋巴結欄位可不填） □手術切片病理結果 （以上皆須附病理診斷報告）	**組織學分類（Histology type）**	**分級（Grade）**	
		□腺管原位癌（DCIS） □侵襲性癌（Invasive carcinoma） □其他惡性腫瘤(非乳腺癌)	
	腫瘤大小（Size）	×　×　cm	
	局部淋巴結（Regional LN）	/　（Positive nodes/Total nodes）	
	病理分期（Pathological Stage）	T：　N：　M：　S：	
癌症治療（可複選）	有進行□放射線治療、□化學治療、□荷爾蒙治療、□標靶治療、□免疫治療 治療日期：民國＿＿年＿＿月＿＿日； 治療醫院名稱:＿＿＿＿，醫事機構代碼:＿＿＿＿，主治醫師:＿＿＿＿。		□未治療
□**個案無法追蹤，拒絕回診、複檢，轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤；** 追蹤單位：　（縣/市）　衛生所；追蹤人員姓名：　，追蹤日期：　年　月　日。			

第一聯：存乳房X光攝影醫療機構

(114 年 1 月修訂)

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

個人基本資料（攝影醫院填寫）			
姓名		**身分證統一編號** **統一證號（外籍）**	
出生日期	民國　年　月　日 年齡：　歲	**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		

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	民國　年　月　日	**攝影判讀日期**	民國　年　月　日
攝影檢查結果	□（Category 0）需附加其他影像檢查再評估 □（Category 3）可能是良性發現－須短期追蹤檢查（六至十二個月）	□（Category 4）可疑異常須考慮組織生檢 □A. Low suspicion □B. Moderate suspicion □C. High suspicion □（Category 5）高度疑似乳癌，須採取適當措施	

追蹤結果（以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料，另執行本注意事項之大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務有需求者，則由負責複檢、負責確診或治療之醫療院所鍵入資料）

乳房 X 光攝影檢查結果為（Category 0、3）之複檢結果（如有上述需求者，則由負責複檢之醫療院所填寫）

複檢醫院名稱		**醫事機構代碼**	
複檢日期	民國　年　月　日		
複檢主治醫師姓名			
複檢方式（可複選）	□診斷性乳房 X 光攝影檢查； □乳房超音波檢查； □乳房磁振造影檢查； □其他複檢方式：　。	該項複檢方式檢查結果為： □（1）無異常發現。 □（2）良性發現。 □（3）可能是良性發現－須短期追蹤檢查（六至十二個月）。 □（4）可疑異常須考慮組織生檢。 □A. Low □B. Moderate □C. High suspicion □（5）高度疑似乳癌，須採取適當措施。	

乳房 X 光攝影檢查結果為（4）、（5）及複檢後結果為（4）、（5）之確診檢查結果（如有上述需求者，則由負責確診或治療之醫療院所填寫）

確診醫院名稱		**醫事機構代碼**	
確診日期	民國　年　月　日	**確定診斷**	□ 非乳癌；□ 乳癌。
確診主治醫師姓名			
確診方式（可複選）	**病理診斷**	□細針抽吸；□粗針穿刺；□鈎針定位；□立體定位穿刺； □手術切片檢查	
	臨床診斷	□ 超音波；□診斷性乳房攝影；□MRI；□ 其他：　。 臨床診斷檢查結果為: □ （1）無異常發現。 □ （2）良性發現。 □ （3）可能是良性發現-須短期追蹤檢查（六至十二個月）。	
手術	□ 無，原因：□拒絕手術；□腫瘤轉移；□中醫療法；□其他　（請說明理由）。 □ 有：日期　民國＿＿年＿＿月＿＿日； 手術醫院名稱：＿＿＿＿＿＿醫事機構代碼：＿＿＿＿＿＿，主治醫師：＿＿＿＿＿＿。		

□非手術切片病理結果（局部淋巴結欄位可不填） □手術切片病理結果（以上皆須附病理診斷報告）	**組織學分類（Histology type）**	**分級（Grade）**	□腺管原位癌（DCIS） □侵襲性癌（Invasive carcinoma） □其他惡性腫瘤（非乳腺癌）
	腫瘤大小（Size）	×　×　cm	
	局部淋巴結（Regional LN）	/　（Positive nodes/Total nodes）	
	病理分期（Pathological Stage）	T：　N：　M：　S：	
癌症治療（可複選）	有進行□放射線治療、□化學治療、□荷爾蒙治療、□標靶治療、□免疫治療 治療日期：民國＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日； 治療醫院名稱:＿＿＿＿，醫事機構代碼:＿＿＿＿，主治醫師:＿＿＿＿。		□未治療

□**個案無法追蹤，拒絕回診、複檢，轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤；**
追蹤單位：　（縣/市）　衛生所；追蹤人員姓名：　，追蹤日期：　年　月　日。

附表四之七

健康署婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢評估表

（請併同婦女乳房 X 光攝影檢查相關表單保存）

基本資料（檢查婦女填寫）

姓名		身份證統一編號										
		統一證號（外籍）										

乳房 X 光攝影檢查前評估注意項目		是	否
1	懷孕婦女、無法排除有可能懷孕或近期計畫懷孕的婦女		
2	正在哺乳的婦女		
3	乳房動過手術或隆乳		
4	婦女自述乳房有摸到硬塊、疼痛、壓痛、或其他任何異常		
5	身體不適，無法久站		
6	頸椎受傷或曾經開刀		
7	肩膀有「五十肩」或曾經受傷或手術後，手無法抬高者		
8	本身為容易瘀青體質者		
9	有巴金森氏症		
10	有胸骨塌陷或胸廓曾經開刀		
11	其他須告知事項（如身上有植入物、導管、心律調節器）		

受檢者簽名：_____

評估結果（放射人員填寫）

1. 乳房 X 光攝影評估項目若一至二任一項勾選『是』：不提供檢查，建議轉赴醫院評估。

2. 乳房 X 光攝影評估項目若三至十一任一項勾選『是』：經醫事放射師（士）評估後，可執行檢查，請放射師注意其安全性，切勿造成二次傷害；若不能檢查則建議轉赴醫院受檢評估。

註：考量自述乳房有摸到硬塊、疼痛、壓痛、或其他任何異常之婦女，有極少數可能為異常的組織，為避免錯失早期發現之機會，建議應儘可能當場提供檢查，並告知婦女須持檢查結果赴醫院就診。

3. 乳房 X 光攝影放射師（士）評估結果：

□**可當場接受乳房 X 光攝影檢查**

□**不適合當場接受乳房 X 光攝影檢查，建議至醫院評估和檢查**

乳房 X 光攝影放射師（士）簽名：_____

日期：民國_____年 _____月 _____日