

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（含骨盆檢查結果）：_____

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」
 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 ----- ⑥

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 ----- ⑮

ADENOCARCINOMA ----- ⑮

OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑮

OTHER ----- ⑮

Dysplasia cannot exclude HSIL ----- ⑮

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 _____

_____ □ □ _____ □ □

* 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」

- *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 ----- ①⑥

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 _____
 _____ □ □ _____ □ □

*為必填之項目

(____月____日) *
 *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菸品健康福利捐/公務預算補助」

* 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 ----- ⑥

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 ----- ⑮

ADENOCARCINOMA ----- ⑮

OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑮

OTHER ----- ⑮

Dysplasia cannot exclude HSIL ----- ⑮

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)