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」

附表三之四 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	三之二、抹片資料(病理醫療機構填寫)
*抹片車或設站篩檢:①否 ②抹片車 ③設站篩檢	*23.抹片細胞病理編號:
*1.支付方式:①預防保健 ②健保醫療給付	*24.抹片判讀機構:名稱
③其他公務預算補助 ④其他	(代碼 10 碼)
⑤難判重做 ⑥自費健康檢查	*25.抹片收到日期:民國年月日
時程代碼:	*26.檢體種類:①常規抹片 ②液體標本 ③其他
一、個人基本資料(檢查婦女填寫)	
*2.姓名:	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
*3.出生日期:民國年月日	*28.抹片品質:①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
*4.身分證統一編號或統一證號:	*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
*5.電話:	③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
*6.教育:①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職	⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物(如潤滑劑)
⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答	⑦過多細胞溶解或自溶⑧其他
*7.現住址:	*30.可能的感染(可多選)①Candida ②Trichomonas
縣 鄉鎮 村 路	③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)
市市區里(街)段	Actinomyces
巷	*31.細胞病理診斷 (只可單選):
(鄉鎮代碼)	NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNAN
縣 鄉鎮	Within normal limit
*8. 户籍住址:市市區	Reactive changes: Inflammation, repair,
(鄉鎮代碼)	radiation, and others $\ensuremath{\textcircled{2}}$
二、個案臨床資料(檢查婦女填寫)	trophy with inflammation
9.最近一次抹片檢查時間?①1 年內 ②1 至 2 年內	ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
	Atypical squamous cells (ASC-US)
③2至3年內④3年以上⑤從未檢查過	Atypical squamous cells cannot exclude HSIL (16)
10.已停經?(一年無月經)①是 ②否 ③不知道	LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
11.最後一次月經日期:民國年月日	Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes
12.現在是否懷孕? ①是 ②否 ③不知道	Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes
<13.子宫是否切除? ①是 ②否 ③不知道	HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
×14.子宮是否接受過放射線治療?①是 ②否 ③不知道	Moderate dysplasia (CIN2)
< 15.是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗?(95 年起有	Carcinoma in situ (CIN3)
HPV疫苗) ①是,民國年 ②否 ③不知道	SQUAMOUS CELL CARCINOMA 11
<16.是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測?	ATYPICAL GLANDULAR CELLS
①是 ②否 ③不知道	At trical delatablear cells
	Atypical glandular cells favor neoplasm (15)
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	ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU
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	OTHER MALIGNANT NEOPLASM (3)
認以上資料正確無誤:(簽名)	
総以工貝附工作無鉄・(致石) E之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)	OTHER (14)
	Dysplasia cannot exclude HSIL
17.病歷號:	32.子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否
k18.抹片檢體取樣日期:民國年月日	
< 19.抹片檢體取樣機構: 名稱	33.建議:
(代碼 10 碼)	①因抹片難以判讀,請重做抹片檢查
k 20.抹片檢體取樣人員(姓名):	②治療發炎,並於三個月後重做抹片檢查
抹片檢體取樣人員(執業登記執照字號):	③抹片結果異常,請再做進一步檢查
ハンコルルエマンかノンス (では示す むけんぶす かし)・	④其他建議
①经末付股伍 ①空股付股行 ①叫 オー 小八年北 1	
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士	山北林村上海村为江南郊北西
⑤衛生所醫師(非屬①②)	*檢驗者(請簽名及填寫代碼) Cytotechnologist Cytopathologist
k21.做抹片目的:①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤	Cytotechnologist Cytopathologist
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):	*為必填之項目 *請輸入確診
	(113年1月何

(113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

附表三之四 本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」

*國籍:①本國 ②外籍人士	三之二、抹片資料(病理醫療機構填寫)
*抹片車或設站篩檢:①否 ②抹片車 ③設站篩檢	*23.抹片細胞病理編號:
*1.支付方式:①預防保健 ②健保醫療給付	*24.抹片判讀機構:名稱
③其他公務預算補助 ④其他	(代碼 10 碼)
⑤難判重做 ⑥自費健康檢查	*25.抹片收到日期:民國
時程代碼:	*26.檢體種類:①常規抹片 ②液體標本 ③其他
一、個人基本資料(檢查婦女填寫)	四、抹片判讀結果(病理醫療機構填寫)
*2.姓名:	*27.閱片方式:①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他
*3.出生日期:民國年月日	*28.抹片品質:①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
*4.身分證統一編號或統一證號:	*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
*5.電話:	③太厚或太多血液 ④沒有子宫內頸成份
*6.教育:①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職	⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物(如潤滑劑)
⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答	⑦過多細胞溶解或自溶⑧其他
*7.現住址:	*30.可能的感染(可多選)①Candida ②Trichomonas
縣 鄉鎮 村 路	③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)
市市區里(街)段	
巷弄號樓	*31.細胞病理診斷 (只可單選):
(鄉鎮代碼)	NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANC
縣鄉鎮	Within normal limit
*8. 戶籍住址:市市區	Reactive changes: Inflammation, repair, radiation, and others ②
(鄉鎮代碼)	trophy with inflammation 3
二、個案臨床資料(檢查婦女填寫)	ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
9.最近一次抹片檢查時間?①1 年內 ②1 至 2 年內	Atypical squamous cells (ASC-US)
③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過	Atypical squamous cells cannot exclude HSIL 16
10.已停經?(一年無月經)①是 ②否 ③不知道	LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
11.最後一次月經日期:民國年月日	Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes
12.現在是否懷孕? ①是 ②否 ③不知道	Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes
*13.子宫是否切除? ①是 ②否 ③不知道	HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
*14.子宮是否接受過放射線治療?①是 ②否 ③不知道	Moderate dysplasia (CIN2)
*15.是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗?(95 年起有	Severe dysplasia (CIN3)
HPV疫苗) ①是,民國年 ②否 ③不知道	SQUAMOUS CELL CARCINOMA (1)
*16.是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測?	ATYPICAL GLANDULAR CELLS
①是 ②否 ③不知道	Atypical glandular cells5
	Atypical glandular cells favor neoplasm 15
(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	ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU 18
(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	ADENOCARCINOMA (12)
認以上資料正確無誤:(簽名)	OTHER MALIGNANT NEOPLASM (13)
三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)	
17.病歷號:	OTHER
*18.抹片檢體取樣日期:民國年月日	Dysplasia cannot exclude HSIL
*19.抹片檢體取樣機構: 名稱	32.子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否
・15.採月饭服以保候件·石併 (代碼 10 碼)	33.建議:
*20.抹片檢體取樣人員(姓名):	①因抹片難以判讀,請重做抹片檢查
*20.採月機體収採八貝 (双石): 	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
7个月1及胜外7水八只(祝未宜癿税巛寸號)。	③抹片結果其常,請冉做進一步檢查 ④其他建議
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士	© 11 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10
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	*檢驗者(請簽名及填寫代碼)
	Cytotechnologist Cytopathologist
④前次抹片難以判讀 ⑤其他	(月_日);
22.臨床所見(含骨盆腔檢查結果):	*為必填之項目 *請輸入確診日

(113年1月修訂)

附表三之四 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 三之二、抹片資料(病理醫療機構填寫) *1.支付方式:①預防保健 ②健保醫療給付 *23.抹片細胞病理編號:___ ③其他公務預算補助 ④其他 *24.抹片判讀機構:名稱 ⑤難判重做 ⑥自費健康檢查 (代碼 10 碼) ___ 時程代碼: *25.抹片收到日期:民國______年_____月___ 一、個人基本資料(檢查婦女填寫) *26.檢體種類:①常規抹片 ②液體標本 ③其他 *2.姓名:__ 四、抹片判讀結果(病理醫療機構填寫) *3.出生日期:民國 年 月 *27. 閱片方式:①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他 *4.身分證統一編號或統一證號: *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) *5.電話: ①抹片固定或保存不良②細胞太少 *6.教育: ①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職 ③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份 ⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答 ⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物(如潤滑劑) *7.現住址: ⑦過多細胞溶解或自溶⑧其他__ 縣 鄉鎮 村 路 *30.可能的感染 (可多選) ①Candida ②Trichomonas 里 (街)____段 市_ 市區__ ③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis) 弄 號 (鄉鎮代碼) *31.細胞病理診斷 (只可單選): _____ 縣 鄉鎮 NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY *8. 户籍住址:__ 市區-Within normal limit ----- 1 (鄉鎮代碼) Reactive changes: Inflammation, repair, 二、個案臨床資料(檢查婦女填寫) radiation, and others ----- 2 9.最近一次抹片檢查時間?①1年內②1至2年內 trophy with inflammation -----ATYPICAL SQUAMOUS CELLS 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 Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ----- (16) 11.最後一次月經日期:民國___年___月___日 LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION 12.現在是否懷孕? ①是 ②否 ③不知道 *13.子宫是否切除? ①是 ②否 ③不知道 Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes ----- (7) *14.子宫是否接受過放射線治療?①是 ②否 ③不知道 HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION *15.是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗?(95 年起有 Severe dysplasia (CIN3) ------(9) 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? SQUAMOUS CELL CARCINOMA ----- (11) ①是 ②否 ③不知道 ATYPICAL GLANDULAR CELLS (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 Atypical glandular cells -----(5) ① 是 ②否 ③不知道 Atypical glandular cells favor neoplasm----- (15) (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 ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ----- (18) ADENOCARCINOMA ----- (12) 確認以上資料正確無誤:__ OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- (13) 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 Dysplasia cannot exclude HSIL-----32.子宫內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否 *19.抹片檢體取樣機構:名稱 ___ 33.建議: (代碼 10 碼)__ ①因抹片難以判讀,請重做抹片檢查 *20.抹片檢體取樣人員(姓名):____ ②治療發炎,並於三個月後重做抹片檢查 抹片檢體取樣人員(執業登記執照字號):___ ③抹片結果異常,請再做進一步檢查 ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士 ④ 其他建議 ⑤衛生所醫師(非屬①②) *檢驗者 (請簽名及填寫代碼) *21.做抹片目的:①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 Cytotechnologist Cytopathologist ④前次抹片難以判讀 ⑤其他 (___月___日)* 22.臨床所見(含骨盆腔檢查結果):_____ *為必填之項目 *請輸入確診日期