

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：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。

本人同意接受檢查，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. 抹片檢體取樣醫事人員簽名（或蓋章）：

抹片檢體取樣人員身分別：

①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產人員 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 _____

_____ □ □

_____ □ □

(____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」

* 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。

本人同意接受檢查，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. 抹片檢體取樣醫事人員簽名(或蓋章)：

抹片檢體取樣人員身分別：

①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產人員 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 ----- 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 ----- 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。

本人同意接受檢查，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. 抹片檢體取樣醫事人員簽名(或蓋章)：

抹片檢體取樣人員身分別：

①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產人員 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 ----- 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)