

附表 4.1、執行婦女乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
<p>婦女乳房 X 光攝影檢查服務</p>	<p>一、申請辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務者，應依健康署之預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則申請通過資格審查，或由當地衛生局報經健康署核准辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務。</p> <p>二、特約醫事服務機構若無執行乳房攝影篩檢陽性個案後續複檢及確診之能力。應與本署公告之「乳癌確認診斷醫療院所」與「乳癌確認診斷及治療醫院」簽訂合約，並訂定後續轉介、資料回報流程，報當地衛生局同意後，始得為之。未依前述規定辦理本部得不予核付費用。</p> <p>三、經本部認可辦理預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查服務之醫事機構名單，以及乳癌確認診斷醫療院所、乳癌確認診斷及治療醫院名單，將公告於健康署網站。</p> <p>四、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之醫事機構，應配合本署辦理後續審查。</p>	<p>一、辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之人員，應依健康署預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則檢附資料文件，通過資格審查後始得辦理。</p> <p>二、通過預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查之人員，應配合本署辦理後續審查。</p>

其他應配合事項：

- 一、特約醫事服務機構應以明顯方式標示服務項目及經費來源為「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐經費補助」。
- 二、特約醫事服務機構申請婦女乳房 X 光攝影檢查社區巡迴服務，應先報經當地衛生局同意，並依據本部國民健康署預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則之「以乳房 X 光攝影篩檢巡迴車執行婦女乳房 X 光攝影巡迴篩檢標準作業程序」辦理相關事項，本部亦將不定期查核。特約醫事服務機構如未確實完成申請或申報不實者，本部得核扣該場次提供之所有乳攝篩檢費用。
- 三、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理。
- 四、特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構，其年工作量超出健康署訂定標準者，本部得依下列標準不核付當年度部分篩檢費用：
 - (一) 特約醫事服務機構辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務，其放射師每人每年工作量應符合健康署「預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則」之規定。其年度結算超出年規定合理量十分之一以上部分，本部不予核付費用。
 - (二) 每名通過健康署「預防保健服務之乳房 X 光攝影醫療機構資格審查原則」之放射師（士）每年之合理乳房 X 光攝影檢查數量為 6,000 案；所有放射師（士）之在職天數（含例假日）/365 天*6,000 案之總和，為該機構年乳房 X 光攝影檢查合理量。

附表 4.2、婦女乳房 X 光攝影檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
91	IC91	45 歲以上至未滿 70 歲之婦女，每 2 年 1 次。	乳房 X 光攝影	1,245
93	IC93	40 歲以上至未滿 45 歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女，每 2 年 1 次。	乳房 X 光攝影	1,245

備註：

一、有關性別、篩檢間隔及年齡條件之檢核條件如下：

- (一) 性別為「女性」。
- (二) 篩檢間隔以「年份」檢核，條件為「當次就醫年－前次就醫年 ≥ 2 」。
- (三) 補助年齡以「年份」檢核，其資格條件為：
 - 1、代碼 91 之年齡條件為「 $45 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 70$ 」；
 - 2、代碼 93 之年齡與資格為「 $40 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 44$ 」，醫療院所須要求受檢婦女檢具其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件（如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書），並留存影本於病歷中備查。

二、加強篩檢異常民眾追蹤：

特約辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務之特約醫事服務機構，其篩檢疑似陽性個案追蹤完成率未達標準者，本部得依下表規定核付當年度篩檢費用：

(一) 計算方式

二個月內篩檢疑似陽性個案追蹤完成率	當年度總補助篩檢金額
$70\% \leq \text{追蹤完成率} < 75\%$	- 5%
$65\% \leq \text{追蹤完成率} < 70\%$	- 10%
$60\% \leq \text{追蹤完成率} < 65\%$	- 15%
追蹤完成率 < 60%	- 20%

- (二) 篩檢疑似陽性個案數以健康署篩檢資料庫數據進行統計，計算期間為當年度 1 月 1 日至 12 月 31 日。
- (三) 篩檢疑似陽性個案中之 category「0」、「4」、「5」追蹤完成率=篩檢疑似陽性個案中之 category「0」、「4」、「5」已追蹤完成數/篩檢疑似陽性個案中之 category「0」、「4」、「5」數。
- (四) 前項計算方式之分子篩檢疑似陽性個案中之 category「0」、「4」、「5」追蹤完成數為特約醫事服務機構婦女乳房 X 光攝影篩檢結果為 category「0」、「4」、「5」之個案接受後續複檢、確診或手術人數；複檢、確診或手術醫院為本院或外院均列入計算。
- (五) 篩檢疑似陽性個案 (category「0」、「3」、「4」、「5」) 完成追蹤之定義：category「0」的個案須於 2 個月內完成複檢；category「3」的個案須於 6 個月-12 個月完成複檢；category「4」、「5」的個案 (含 category「0」的個案複檢結果為 category「4」、「5」的個案) 須於 2 個月內完成確診；確診結果為乳癌者，須追蹤其是否接受手術，無手術者，應說明個案未手術理由，健康署得依理由合理性，評估是否列為完成追蹤數。
- (六) 如特約醫事服務機構同時有院內攝影儀器及乳攝車，分開計算。

附表 4.3、婦女乳房 X 光攝影檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存

類別	內容
服務對象資格查核	<p>一、特約醫事服務機構應於提供服務前，應確認保險對象之健保卡最近一次利用預防保健婦女乳房 X 光攝影檢查服務之註記日期，及登錄癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統查詢其篩檢資格。</p> <p>二、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並依期程及相對應之時間依序申報；特約醫事服務機構須要求40歲以上至未滿45歲接受乳房 X 光攝影檢查之婦女檢具其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件（如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書，如附表4.5），並留存影本於病歷中備查。</p>
表單填寫與保存	<p>一、辦理婦女乳房 X 光攝影檢查服務者，應將婦女乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表4.4）、「國民健康署40歲以上至未滿45歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女乳房 X 光攝影檢查服務聲明書」（如附表4.5）、「國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務異常個案報告表」（如附表4.6）、「國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務陽性個案追蹤表」（如附表4.7）詳實記載，並登錄上傳至健康署指定之系統。</p> <p>二、執行婦女乳房 X 光攝影之醫療機構，請將篩檢結果疑似陽性個案轉介至本署公告核可之「乳癌確認診斷醫療院所」、「乳癌確認診斷及治療醫院」進行複檢、確診、治療。</p>

國民健康署婦女乳房 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	年 月 日 聯絡資訊 電話：() 手機：												
現居住地址	鄉鎮市區代碼： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 市鄉 村 路 段 巷 號 市 區鎮 里 街 弄 樓												
教育	<input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 小學； <input type="checkbox"/> 國（初）中； <input type="checkbox"/> 高中/高職； <input type="checkbox"/> 專科、大學； <input type="checkbox"/> 研究所以上； <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 有，疾病為： <input type="checkbox"/> 乳房良性相關疾病； <input type="checkbox"/> 乳癌； <input type="checkbox"/> 其他癌症： _____ ； <input type="checkbox"/> 無。												
家族史	與您有血緣的家屬中，有無人得過乳癌？ <input type="checkbox"/> 有，請填下方表格： <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">血緣關係</td> <td style="text-align: center;">母親</td> <td style="text-align: center;">姊妹</td> <td style="text-align: center;">女兒</td> <td style="text-align: center;">祖母</td> <td style="text-align: center;">外祖母</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">罹患乳癌人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 無。	血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母	罹患乳癌人數					
血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母								
罹患乳癌人數													
月經史	初經年齡 歲（實歲）； 是否已停經？ <input type="checkbox"/> 是，停經年齡 歲（實歲）； 停經原因： <input type="checkbox"/> 自然停經； <input type="checkbox"/> 子宮切除； <input type="checkbox"/> 卵巢切除； <input type="checkbox"/> 其他 _____。 <input type="checkbox"/> 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）： <input type="checkbox"/> 有， <input type="checkbox"/> 無； 第一胎生產實足年齡 歲。												
用藥史	是否服用荷爾蒙補充劑？ <input type="checkbox"/> 是， 歲開始，服用 年； <input type="checkbox"/> 否。 是否服用口服避孕藥？ <input type="checkbox"/> 是， 歲開始，服用 年； <input type="checkbox"/> 否。												
是否有感覺到異常腫塊？	<input type="checkbox"/> 有摸到硬塊或疼痛、壓痛，請在右圖相關位置標示「X」； <input type="checkbox"/> 沒有症狀； <input type="checkbox"/> 未做過乳房自我檢查。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div>												
其他	最近二年內是否曾做過下列檢查（可複選）？ <input type="checkbox"/> 醫護人員觸診； <input type="checkbox"/> 乳房攝影 X 光檢查； <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> 以上皆未做過。 是否曾接受過乳房手術？ <input type="checkbox"/> 是：(<input type="checkbox"/> 左側， <input type="checkbox"/> 右側)； <input type="checkbox"/> 否。												
<p>1. 本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用。</p> <p>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。</p> <p>受檢婦女簽名：</p>													
<p>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。</p> <p>受檢婦女簽名：</p>													

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	年 月 日									
攝影儀機型	<input type="checkbox"/> CR 乳房 X 光攝影儀 (Computed Radiography, CR); <input type="checkbox"/> DR 乳房 X 光攝影儀 (Digital Radiography, DR); <input type="checkbox"/> 乳房斷層攝影機 (Tomosynthesis, Tomo)。									
乳房觸診檢查	<input type="checkbox"/> 有腫塊或其他異常，請在右圖相關位置標示「X」; <input type="checkbox"/> 無異常; <input type="checkbox"/> 未做觸診檢查。									
乳腺組成	<input type="checkbox"/> Fatty breast; <input type="checkbox"/> Scattered fibroglandular density; <input type="checkbox"/> Heterogeneously dense; <input type="checkbox"/> Extremely dense。									
與舊片比較	<input type="checkbox"/> 是; <input type="checkbox"/> 否，理由為： <input type="checkbox"/> 第一次篩檢， <input type="checkbox"/> 無法取得舊片， <input type="checkbox"/> 無法獲知是否有舊片。									
攝影判讀日期	年 月 日									
攝影檢查結果	※ Category 0, 3, 4, 5 需加填「乳房 X 光攝影檢查異常個案報告表」。 <input type="checkbox"/> (0) 需附加其他影像檢查再評估 (Category 0: Need Additional Imaging Evaluation.) <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現 (Category 1: Negative.) <input type="checkbox"/> (2) 良性發現 (Category 2: Benign Finding) <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查 (如:六個月) (Category 3: Probably Benign Finding—Short Interval Follow-Up Suggested.) <input type="checkbox"/> (4) 可疑異常須考慮組織生檢 (Category 4: Suspicious Abnormality—Biopsy Should Be Considered.) <input type="checkbox"/> a. Low suspicion <input type="checkbox"/> b. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> c. High suspicion <input type="checkbox"/> (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					



國民健康署 40 歲以上至未滿 45 歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖

母曾患有乳癌之婦女乳房 X 光攝影檢查服務聲明書

立聲明書人 (以下簡稱本人), 因為 之原因, 故無法出具二親等以內血親曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件, 茲證明我的 母親, 姊妹, 女兒, 祖母, 外祖母 曾患有乳癌, 該名親屬姓名為 , 身分證統一編號 (死亡者免填): , 本人聲明全部屬實, 如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名: (簽章)

身分證統一編號:

通訊地址:

聯絡電話:

中 華 民 國 年 月 日

備註: 本資料請醫療院所留存於病歷中。

國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務異常個案報告表

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	年	月	日	攝影日期	年	月	日			
醫院名稱				放射科醫師						
乳房 X 光攝影陽性結果										
<input type="checkbox"/> Category 0: Need Additional Imaging Evaluation. <input type="checkbox"/> Category 3: Probably Benign Finding – Short Interval Follow-up Is Suggested. <input type="checkbox"/> Category 4: Suspicious Abnormality – Biopsy Should Be Considered. <input type="checkbox"/> a. Low suspicion ; <input type="checkbox"/> b. Moderate suspicion ; <input type="checkbox"/> c. High suspicion <input type="checkbox"/> 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)										
<input type="checkbox"/> 1. Mass: <input type="checkbox"/> Rt. <input type="checkbox"/> Lt. <input type="checkbox"/> Multiple, Unilateral <input type="checkbox"/> Multiple, Bilateral										
Location	<input type="checkbox"/> UOQ <input type="checkbox"/> UIQ <input type="checkbox"/> LOQ <input type="checkbox"/> LIQ <input type="checkbox"/> Subareolar <input type="checkbox"/> Axillary tail		<input type="checkbox"/> Upper Hemisphere		<input type="checkbox"/> Lower Hemisphere					
	One view only		<input type="checkbox"/> Outer Hemisphere		<input type="checkbox"/> Inner Hemisphere					
Size	<input type="checkbox"/> < 1.0 cm		<input type="checkbox"/> 1-2 cm		<input type="checkbox"/> 2-3 cm		<input type="checkbox"/> 3-4 cm		<input type="checkbox"/> > 4 cm	
Shape	<input type="checkbox"/> Round		<input type="checkbox"/> Oval		<input type="checkbox"/> Lobular		<input type="checkbox"/> Irregular			
Margin	<input type="checkbox"/> Circumscribed		<input type="checkbox"/> Microlobulated		<input type="checkbox"/> Obscured		<input type="checkbox"/> Indistinct		<input type="checkbox"/> Spiculated	
Density	<input type="checkbox"/> High density		<input type="checkbox"/> Equal density		<input type="checkbox"/> Low-density		<input type="checkbox"/> Fat-containing			
<input type="checkbox"/> 2. Calcifications: <input type="checkbox"/> Rt. <input type="checkbox"/> Lt. <input type="checkbox"/> Multiple, Unilateral <input type="checkbox"/> Multiple, Bilateral										
Location	<input type="checkbox"/> UOQ <input type="checkbox"/> UIQ <input type="checkbox"/> LOQ <input type="checkbox"/> LIQ <input type="checkbox"/> Subareolar <input type="checkbox"/> Axillary tail		<input type="checkbox"/> Upper Hemisphere		<input type="checkbox"/> Lower Hemisphere					
	One view only		<input type="checkbox"/> Outer Hemisphere		<input type="checkbox"/> Inner Hemisphere					
Distribution	<input type="checkbox"/> Grouped		<input type="checkbox"/> Linear		<input type="checkbox"/> Segmental		<input type="checkbox"/> Regional		<input type="checkbox"/> Diffuse	
Morphology	<input type="checkbox"/> Amorphous		<input type="checkbox"/> Coarse Heterogeneous		<input type="checkbox"/> Fine Pleomorphic		<input type="checkbox"/> Fine Linear Branching			
<input type="checkbox"/> 3. Asymmetry: <input type="checkbox"/> Rt. <input type="checkbox"/> Lt. <input type="checkbox"/> Asymmetry <input type="checkbox"/> Focal asymmetry <input type="checkbox"/> Developing asymmetry										
Location	<input type="checkbox"/> UOQ <input type="checkbox"/> UIQ <input type="checkbox"/> LOQ <input type="checkbox"/> LIQ <input type="checkbox"/> Subareolar <input type="checkbox"/> Axillary tail		<input type="checkbox"/> Upper Hemisphere		<input type="checkbox"/> Lower Hemisphere					
	One view only		<input type="checkbox"/> Outer Hemisphere		<input type="checkbox"/> Inner Hemisphere					
<input type="checkbox"/> 4. Architectural Distortion: <input type="checkbox"/> Rt. <input type="checkbox"/> Lt.										
Location	<input type="checkbox"/> UOQ <input type="checkbox"/> UIQ <input type="checkbox"/> LOQ <input type="checkbox"/> LIQ <input type="checkbox"/> Subareolar <input type="checkbox"/> Axillary tail		<input type="checkbox"/> Upper Hemisphere		<input type="checkbox"/> Lower Hemisphere					
	One view only		<input type="checkbox"/> Outer Hemisphere		<input type="checkbox"/> Inner Hemisphere					
<input type="checkbox"/> 5. Thickening or retraction of the skin and/or nipple: <input type="checkbox"/> Rt./ <input type="checkbox"/> Lt.										
<input type="checkbox"/> 6. Dense or enlarged axillary LNs: <input type="checkbox"/> Rt./ <input type="checkbox"/> Lt.										
<input type="checkbox"/> 7. Dilated lactiferous ducts: <input type="checkbox"/> Rt./ <input type="checkbox"/> Lt.										
<input type="checkbox"/> 8. Diffuse thickening of the skin and increased density: <input type="checkbox"/> Rt./ <input type="checkbox"/> Lt.										
<input type="checkbox"/> 9. Others:										

國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務陽性個案追蹤表

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	年	月	日	聯絡資訊	電話：()					
	年齡：	歲			手機：					
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□			村	路	段	巷	弄	號	樓
	縣	市	鄉							
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	年	月	日	攝影判讀日期	年 月 日					
攝影檢查結果	<input type="checkbox"/> (Category 0) 需附加其他影像檢查再評估			<input type="checkbox"/> (Category 4) 可疑異常須考慮組織生檢 <input type="checkbox"/> A. Low suspicion <input type="checkbox"/> B. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> C. High suspicion						
	<input type="checkbox"/> (Category 3) 可能是良性發現-須短期追蹤 <input type="checkbox"/> (Category 5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施檢查(如:六個月)									
追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料)										
乳房 X 光攝影檢查結果為 (Category 0、3) 之複檢結果 (複檢醫院填寫)										
複檢醫院名稱				醫事機構代碼	□	□	□	□	□	□
複檢日期	年	月	日							
複檢方式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 診斷性乳房 X 光攝影檢查； 該項複檢方式檢查結果為：									
	<input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> 乳房磁振造影檢查； <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> 其他複檢方式： <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現-須短期追蹤檢查(如六個月)。 <input type="checkbox"/> (4) 可疑異常須考慮組織生檢。 <input type="checkbox"/> A. Low <input type="checkbox"/> B. Moderate <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施。									
乳篩陽性個案為 (4)、(5) 及複檢後結果為 (4)、(5) 之確診檢查結果 (確診及治療醫院填寫)										
確診及治療醫院名稱				醫事機構代碼	□	□	□	□	□	□
確診日期	年	月	日	確定診斷	<input type="checkbox"/> 非乳癌； <input type="checkbox"/> 乳癌。					
確診方式 (可複選)	病理診斷	<input type="checkbox"/> 細針抽吸； <input type="checkbox"/> 粗針穿刺； <input type="checkbox"/> 鈎針定位； <input type="checkbox"/> 立體定位穿刺； <input type="checkbox"/> 手術切片檢查								
		臨床診斷	<input type="checkbox"/> 超音波； <input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影； <input type="checkbox"/> MRI； <input type="checkbox"/> 其他： 。 臨床診斷檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現-須短期追蹤檢查(如:六個月)。							
手術	<input type="checkbox"/> 無，原因： <input type="checkbox"/> 拒絕手術； <input type="checkbox"/> 腫瘤轉移； <input type="checkbox"/> 中醫療法； <input type="checkbox"/> 其他 (請說明理由)。 <input type="checkbox"/> 有：日期 _____年_____月_____日；手術醫院名稱： _____， 醫事機構代碼： _____。									
<input type="checkbox"/> 非手術切片病理結果 (局部淋巴結欄位可不填) <input type="checkbox"/> 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)						
	腫瘍大小 (Size)			× × cm		<input type="checkbox"/> 腺管原位癌 (DCIS) <input type="checkbox"/> 侵襲性癌 (Invasive carcinoma)				
	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 <input type="checkbox"/> 放射線治療、 <input type="checkbox"/> 化學治療、 <input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療、 <input type="checkbox"/> 標靶治療 治療日期：_____年_____月_____日								<input type="checkbox"/> 未治療	
<input type="checkbox"/> 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

國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務陽性個案追蹤表

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	年	月	日	聯絡資訊		電話：()				
	年齡：	歲				手機：				
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□									
	縣	市鄉	村	路	段	巷	弄	號	樓	
	市	區鎮	里	街						
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	年	月	日	攝影判讀日期		年		月		日
攝影檢查結果	<input type="checkbox"/> (Category 0) 需附加其他影像檢查再評估 <input type="checkbox"/> (Category 4) 可疑異常須考慮組織生檢 <input type="checkbox"/> A. Low suspicion <input type="checkbox"/> B. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (Category 3) 可能是良性發現 <input type="checkbox"/> (Category 5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施六個月) 現一須短期追蹤檢查(如：									
追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料)										
乳房 X 光攝影檢查結果為 (Category 0、3) 之複檢結果 (複檢醫院填寫)										
複檢醫院名稱			醫事機構代碼							
複檢日期	年	月	日							
複檢方式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 診斷性乳房 X 光攝影檢查； 該項複檢方式檢查結果為： <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> 乳房磁振造影檢查； <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> 其他複檢方式： <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現一須短期追蹤檢查(如：六個月)。 <input type="checkbox"/> (4) 可疑異常須考慮組織生檢。 <input type="checkbox"/> A. Low <input type="checkbox"/> B. Moderate <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施。									
乳篩陽性個案為 (4)、(5) 及複檢後結果為 (4)、(5) 之確診檢查結果 (確診及治療醫院填寫)										
確診及治療醫院名稱			醫事機構代碼							
確診日期	年	月	日	確定診斷		<input type="checkbox"/> 非乳癌； <input type="checkbox"/> 乳癌。				
確診方式 (可複選)	病理診斷		<input type="checkbox"/> 細針抽吸； <input type="checkbox"/> 粗針穿刺； <input type="checkbox"/> 鈎針定位； <input type="checkbox"/> 立體定位穿刺； <input type="checkbox"/> 手術切片檢查							
	臨床診斷		<input type="checkbox"/> 超音波； <input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影； <input type="checkbox"/> MRI； <input type="checkbox"/> 其他： 臨床診斷檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現一須短期追蹤檢查(如：六個月)。							
手術	<input type="checkbox"/> 無，原因： <input type="checkbox"/> 拒絕手術； <input type="checkbox"/> 腫瘤轉移； <input type="checkbox"/> 中醫療法； <input type="checkbox"/> 其他 (請說明理由)。 <input type="checkbox"/> 有：日期 年 月 日； 手術醫院名稱： ，醫事機構代碼： 。									
<input type="checkbox"/> 非手術切片病理結果 (局部淋巴結欄位可不填) <input type="checkbox"/> 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)							
	腫瘤大小 (Size)		× × cm		<input type="checkbox"/> 腺管原位癌 (DCIS) <input type="checkbox"/> 侵襲性癌 (Invasive carcinoma)					
	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 <input type="checkbox"/> 放射線治療、 <input type="checkbox"/> 化學治療、 <input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療、 <input type="checkbox"/> 標靶治療 治療日期： 年 月 日								<input type="checkbox"/> 未治療	
<input type="checkbox"/> 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。										

第二聯：存複(確)診與治療醫院機構