

健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查結果表單

* 為必填項目

- * 國籍: ☐ 本國 ☐ 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 ③ 公務預算補助
- ② 健保醫療給付 (ICD-10 碼: _____) (健保卡號: _____)
- ④ 其它(自費) ⑥ 自費健康檢查

* 難判重做? ① 是 ② 否

* 雙子宮頸? ① 是 ② 否

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. 身分證字號或統一證號 (外籍) _____
- * 5. 電話: _____ - _____
- * 6. 教育程度: ① 無 ② 小學 ③ 國(出)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/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____ 村/里 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓--□□□□(鄉鎮代碼)
- * 8. 戶籍住址: _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/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 ① 1 年內 ② 1-2 年內:
③ 2-3 年內 ④ 3 年以上 ⑤ 從未檢查過
- 10. 已停經? (一年內無月經) 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. 是否產後 6 個月? ① 是 ② 否 ③ 不知道
- * 14. 是否裝置子宮內避孕器? ① 是 ② 否 ③ 不知道
- * 15. 子宮是否切除? ① 是 ② 否 ③ 不知道
- * 16. 子宮是否接受過放射線治療? ① 是 ② 否 ③ 不知道
- * 17. 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
- * 18. 是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測? ① 是 ② 否 ③ 不知道

(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

(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

* 確認以上資料正確無誤並同意受檢: _____ (簽名)

三之一、抹片資料 (採檢醫事機構填寫)

- * 19. 病歷號: _____
- * 20. 抹片檢體取樣日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- * 21. 抹片檢體取樣機構: 名稱 _____
(代碼 10 碼) _____
- 22. 抹片檢體取樣人員(中文): _____
抹片檢體取樣人員(執業登記執照字號): _____
執登僅社區巡迴服務之③④需填寫
- ① 婦產科醫師 ② 家庭科醫師 ③ 助產士 ④ 衛生所護理人員 ⑤ 衛生所醫師(非屬①②)
- 23. 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 其它
- 24. 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)

- * 25. 抹片細胞病理編號: _____
- * 26. 抹片判讀機構: 安捷診所
(代碼 10 碼): 3507321461
- * 27. 抹片收到日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- * 28. 檢體種類: ☒ 常規抹片 ② 液體標本 ③ 其它
- 四、抹片判讀結果 (病理醫療機構填寫)
- * 29. 閱片方式: ☒ 人工 ② 機械 ③ 人工+機械 ④ 其它
- * 30. 抹片品質: ① 良好 ② 尚可 ③ 抹片難以判讀
- * 31. 抹片尚可或難以判讀之原因: (最多選二個)
① 抹片固定或保存不良 ② 細胞太少(外頸成分太少)
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 _____

- * 32. 可能的感染(可多選): ① Candida ② Trichomonas
③ Herpes ⑦ Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑧ Actinomyces ⑥ Others

- * 33. 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 CELL

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-- ⑬

ADENOCARCINOMA----- ⑫

OTHER MALIGNANT NEOPLASM----- ⑬

OTHER----- ⑭

Dysplasia cannot exclude HSIL----- ⑰

34. 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 其它建議: _____

* 檢驗者 (簽名或蓋章)

Cytotechnologist

Cytopathologist

(____月____日)

* 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結果表單

* 為必填項目

- * 國籍: ☐ 本國 ☐ 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 ③ 公務預算補助
- ② 健保醫療給付 (ICD-10 碼: _____) (健保卡號: _____)
- ④ 其它(自費) ⑥ 自費健康檢查

* 難判重做? ① 是 ② 否

* 雙子宮頸? ① 是 ② 否

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. 身分證字號或統一證號 (外籍) _____
- * 5. 電話: _____ - _____
- * 6. 教育程度: ① 無 ② 小學 ③ 國(出)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/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____ 村/里 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 -- □□□□ (鄉鎮代碼)
- * 8. 戶籍住址: _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/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 ① 1 年內 ② 1-2 年內:
③ 2-3 年內 ④ 3 年以上 ⑤ 從未檢查過
- 10. 已停經? (一年內無月經) 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. 是否產後 6 個月? ① 是 ② 否 ③ 不知道
- * 14. 是否裝置子宮內避孕器? ① 是 ② 否 ③ 不知道
- * 15. 子宮是否切除? ① 是 ② 否 ③ 不知道
- * 16. 子宮是否接受過放射線治療? ① 是 ② 否 ③ 不知道
- * 17. 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
- * 18. 是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測? ① 是 ② 否 ③ 不知道

(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

(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

* 確認以上資料正確無誤並同意受檢: _____ (簽名)

三之一、抹片資料 (採檢醫事機構填寫)

- * 19. 病歷號: _____
- * 20. 抹片檢體取樣日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- * 21. 抹片檢體取樣機構: 名稱 _____
(代碼 10 碼) _____
- 22. 抹片檢體取樣人員(中文): _____
抹片檢體取樣人員(執業登記執照字號): _____
執登僅社區巡迴服務之 ③ ④ 需填寫
- ① 婦產科醫師 ② 家庭科醫師 ③ 助產士 ④ 衛生所護理人員 ⑤ 衛生所醫師(非屬 ① ②)
- 23. 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 其它
- 24. 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)

- * 25. 抹片細胞病理編號: _____
- * 26. 抹片判讀機構: 安捷診所
(代碼 10 碼): 3507321461
- * 27. 抹片收到日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- * 28. 檢體種類: ☒ 常規抹片 ② 液體標本 ③ 其它
- 四、抹片判讀結果 (病理醫療機構填寫)
- * 29. 閱片方式: ☒ 人工 ② 機械 ③ 人工+機械 ④ 其它
- * 30. 抹片品質: ① 良好 ② 尚可 ③ 抹片難以判讀
- * 31. 抹片尚可或難以判讀之原因: (最多選二個)
① 抹片固定或保存不良 ② 細胞太少(外頸成分太少)
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 _____

- * 32. 可能的感染(可多選): ① Candida ② Trichomonas
③ Herpes ⑦ Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑧ Actinomyces ⑥ Others

- * 33. 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 CELL

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-- ⑬

ADENOCARCINOMA----- ⑫

OTHER MALIGNANT NEOPLASM----- ⑬

OTHER----- ⑭

Dysplasia cannot exclude HSIL----- ⑰

34. 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 其它建議: _____

* 檢驗者 (簽名或蓋章)

Cytotechnologist

Cytopathologist

(____月____日)

* 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結果表單

* 為必填項目

- * 國籍: ☐ 本國 ☐ 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 ③ 公務預算補助
- ② 健保醫療給付 (ICD-10 碼: _____) (健保卡號: _____)
- ④ 其它(自費) ⑥ 自費健康檢查

* 難判重做? ① 是 ② 否

* 雙子宮頸? ① 是 ② 否

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. 身分證字號或統一證號 (外籍) _____
- * 5. 電話: _____ - _____
- * 6. 教育程度: ① 無 ② 小學 ③ 國(出)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/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____ 村/里 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 -- □□□□ (鄉鎮代碼)
- * 8. 戶籍住址: _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/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 ① 1 年內 ② 1-2 年內:
③ 2-3 年內 ④ 3 年以上 ⑤ 從未檢查過
- 10. 已停經? (一年內無月經) 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. 是否產後 6 個月? ① 是 ② 否 ③ 不知道
- * 14. 是否裝置子宮內避孕器? ① 是 ② 否 ③ 不知道
- * 15. 子宮是否切除? ① 是 ② 否 ③ 不知道
- * 16. 子宮是否接受過放射線治療? ① 是 ② 否 ③ 不知道
- * 17. 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
- * 18. 是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測? ① 是 ② 否 ③ 不知道

(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

(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

* 確認以上資料正確無誤並同意受檢: _____ (簽名)

三之一、抹片資料 (採檢醫事機構填寫)

- * 19. 病歷號: _____
- * 20. 抹片檢體取樣日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- * 21. 抹片檢體取樣機構: 名稱 _____
(代碼 10 碼) _____
- 22. 抹片檢體取樣人員(中文): _____
抹片檢體取樣人員(執業登記執照字號): _____
執登僅社區巡迴服務之 ③ ④ 需填寫
- ① 婦產科醫師 ② 家庭科醫師 ③ 助產士 ④ 衛生所護理人員 ⑤ 衛生所醫師(非屬 ① ②)
- 23. 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 其它
- 24. 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)

- * 25. 抹片細胞病理編號: _____
- * 26. 抹片判讀機構: 安捷診所
(代碼 10 碼): 3507321461
- * 27. 抹片收到日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- * 28. 檢體種類: ☒ 常規抹片 ② 液體標本 ③ 其它
- 四、抹片判讀結果 (病理醫療機構填寫)
- * 29. 閱片方式: ☒ 人工 ② 機械 ③ 人工+機械 ④ 其它
- * 30. 抹片品質: ① 良好 ② 尚可 ③ 抹片難以判讀
- * 31. 抹片尚可或難以判讀之原因: (最多選二個)
① 抹片固定或保存不良 ② 細胞太少(外頸成分太少)
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 _____

- * 32. 可能的感染(可多選): ① Candida ② Trichomonas
③ Herpes ⑦ Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑧ Actinomyces ⑥ Others

- * 33. 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 CELL

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-- ⑬

ADENOCARCINOMA----- ⑫

OTHER MALIGNANT NEOPLASM----- ⑬

OTHER----- ⑭

Dysplasia cannot exclude HSIL----- ⑰

34. 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 其它建議: _____

* 檢驗者 (簽名或蓋章)

Cytotechnologist

Cytopathologist

(____月____日)

* 輸入確診日期

114 年 1 月 修訂