

- 液基薄層抹片(自費)  
HPV DNA (委託立人醫事檢驗所)  
其他:淋病、披衣菌(委託立人醫事檢驗所)

# 婦女子宮頸檢查表單

\* 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①1年內②1-2年內:  
 ③2-3年內④3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: ①常規抹片 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----- ⑬

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----- ⑮

Atypical glandular cells favor neoplasm----- ⑮

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU-- ⑰

ADENOCARCINOMA----- ⑱

OTHER MALIGNANT NEOPLASM----- ⑲

OTHER----- ⑳

Dysplasia cannot exclude HSIL----- ⑳

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

子宮頸抹片篩檢結果準確率非100%如發現任何異常情形請儘速就醫

- 液基薄層抹片(自費)  
HPV DNA (委託立人醫事檢驗所)  
其他:淋病、披衣菌(委託立人醫事檢驗所)

# 婦女子宮頸檢查表單

\* 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①1年內②1-2年內:  
 ③2-3年內④3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: ①常規抹片 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----- ⑬

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----- ⑮

Atypical glandular cells favor neoplasm----- ⑮

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU-- ⑰

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

子宮頸抹片篩檢結果準確率非100%  
如發現任何異常情形請儘速就醫

- 液基薄層抹片(自費)  
HPV DNA (委託立人醫事檢驗所)  
其他:淋病、披衣菌(委託立人醫事檢驗所)

# 婦女子宮頸檢查表單

\* 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①1年內②1-2年內:  
 ③2-3年內④3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: ①常規抹片 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----- ⑬

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----- ⑮

Atypical glandular cells favor neoplasm----- ⑮

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU-- ⑰

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

子宮頸抹片篩檢結果準確率非100%如發現任何異常情形請儘速就醫