

國民健康署婦女子宮頸抹片檢查表

*國籍：本國 外籍人士 *為必填之項目

*抹片車或設站篩檢：否 抹片車 設站篩檢

*1. 支付方式：健保預防保健 公務預算補助

健保醫療給付：(ICD-10碼)：_____

健保卡號：_____ 其他(自費) 難判重做 自費健康檢查

一、個人基本資料(保險對象填寫)

*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：無 小學 國(初中) 高中高職
專科、大學 研究所以上 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)

*8. 戶籍住址：縣 _____ 鄉鎮 _____
市 _____ 市區 _____
(鄉鎮代碼)

二、個案臨床資料(檢查婦女填寫)

9. 上次抹片檢查日期：1年內 1-2年內
2-3年內 3年以上 從未檢查過

10. 已停經？(一年無月經) 是 否 不知道

11. 最後一次月經日期：民國_____年_____月_____日

12. 現在是否懷孕？ 是 否 不知道

13. 現在是否為產後六個月？ 是 否 不知道

*14. 子宮是否切除？ 是 否 不知道

*15. 子宮是否接受過放射線治療？是 否 不知道

16. 是否有裝置子宮內避孕器？ 是 否 不知道

17. 是否曾接種子宮頸癌疫苗：
是，民國_____年 否 不知道

18. 是否做過人類乳突病毒(HPV)檢測？是 否 不知道

*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

是 否 不知道

*受檢者同意受檢簽名：_____

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

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)：_____

婦產科醫師 家庭科醫師 助產士 公衛護士

衛生所醫師(非屬①②)

*23. 做抹片目的：篩檢 懷疑癌症 追蹤

前次抹片難以判讀 其他

24. 臨床所見(含骨盆腔檢查結果)：_____

_____ (____月____日)

第一聯：病理醫療機構留存聯

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：名稱 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 液體標本 其他

四、抹片判讀結果(病理醫療機構填寫)

*29. 閱片方式：人工 機械 人工+機械 其他

*30. 抹片品質：良好 尚可 抹片難以判讀

*31. 抹片尚可或難以判讀之原因(最多可選二個)

抹片固定或保存不良 細胞太少；外頸成份太少

太厚或太多血液 沒有子宮內頸成份

炎症細胞過多 存在外來物(如潤滑劑)

過多細胞溶解或自溶 其他(如Mucus太多) _____

*32. 可能的感染(可多選) Candida Trichomonas

Herpes Shift in flora (bacterial vaginosis)

Actinomyces 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 CELLS

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

ATYPICAL GLANDULAR CELLS

Atypical glandular cells ⑤

Atypical glandular cells favor neoplasm ⑮

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU

ADENOCARCINOMA

OTHER MALIGNANT NEOPLASM

OTHER

_____ ⑭

Dysplasia cannot exclude HSIL ⑰

34. 建議：

因抹片難以判讀，請重做抹片檢查

治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查

抹片結果異常，請再做進一步檢查

其他建議 _____

35. 子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 是 否

* 檢驗者(請簽名及填寫代碼)

細胞醫檢師

細胞病理醫師

_____(____月____日)
*請輸入確診日期

(111年7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。

國民健康署婦女子宮頸抹片檢查表

*國籍：本國 外籍人士 *為必填之項目

*抹片車或設站篩檢：①否 ②抹片車 ③設站篩檢

*1. 支付方式：①健保預防保健 ③公務預算補助

②健保醫療給付：(ICD-10碼)：_____

健保卡號：_____ ④其他(自費) ⑤難判重做 ⑥自費健康檢查

一、個人基本資料(保險對象填寫)

*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(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)

*8. 戶籍住址：_____縣 _____鄉鎮
_____市 _____市區--
(鄉鎮代碼)

二、個案臨床資料(檢查婦女填寫)

9. 上次抹片檢查日期：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. 現在是否為產後六個月？ ①是 ②否 ③不知道

*14. 子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道

*15. 子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道

16. 是否有裝置子宮內避孕器？ ①是 ②否 ③不知道

17. 是否曾接種子宮頸癌疫苗：

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

*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

*受檢者同意受檢簽名：_____

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

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)：_____

①婦產科醫師 ②家庭科醫師 ③助產士 ④公衛護士

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其他

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：名稱 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其他

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其他

*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(最多可選二個)

①抹片固定或保存不良 ②細胞太少；外頸成份太少

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(如Mucus太多)_____

*32. 可能的感染(可多選) ①Candida ②Trichomonas

③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)

⑧Actinomyces ⑥Others _____

*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 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

ATYPICAL GLANDULAR CELLS

Atypical glandular cells ⑤

Atypical glandular cells favor neoplasm ⑬

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU

ADENOCARCINOMA

OTHER MALIGNANT NEOPLASM

OTHER

Dysplasia cannot exclude HSIL ⑭

..... ⑮

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其他建議_____

35. 子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是 ②否

* 檢驗者(請簽名及填寫代碼)

細胞醫檢師

細胞病理醫師

(____月____日)

*請輸入確診日期

(111年7月修訂)

第二聯：病理醫療機構回報採檢醫事機構聯

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。

