

婦女子宮頸抹片檢查表

- *國籍：①本國 ②外籍人士
 *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預防保健 ②健保醫療給付
 ③其他公務預算補助 ④其他
 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. 身分證字號或護照號碼：

- *5. 電話：_____
- *6. 教育程度：①無②小學③初中、初職
 ④高中、高職⑤專科、大學⑥研究所以上
- *7. 現住址：
 縣 鄉鎮 路
 _____市_____市區_____ (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. 已停經?(一年無月經)①是②否③不知道
10. 最後一次月經日期：民國____年____月____日
11. 現在是否懷孕? ①是 ②否 ③不知道
- *12. 子宮是否切除? ①是 ②否 ③不知道
- *13. 子宮是否接受過放射線治療?
 ①是 ②否 ③不知道

三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

14. 病歷號：_____
- *15. 抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日
- *16. 抹片檢體取樣機構：名稱_____ (代碼10碼)_____
- *17. 抹片檢體取樣人員(姓名)：_____ ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士
- *18. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤
 ④其他
19. 臨床所見：_____

三之二、抹片資料(病理醫療機構填寫)

- *20. 抹片細胞病理編號：_____
- *21. 抹片判讀機構：名稱_____ (代碼10碼)_____
- *22. 抹片收到日期：民國____年____月____日
- *23. 檢體種類：①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)

- *24. 閱片方式：①人工②機械③人工+機械④其他
- *25. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
- *26. 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_____
- *27. 可能的感染(可多選)①Candida ②Trichomonas
 ③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)
 ⑧Actinomyces ⑥Others_____
- *28. 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-----⑬
- ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU-----⑮
- ADENOCARCINOMA-----⑫
- OTHER MALIGNANT NEOPLASM-----⑬
- OTHER-----⑭
- Dysplasia *cannot exclude* HSIL-----⑰
29. 子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是②否
30. 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

注意事項：本表資料將會做為衛生單位政策評估或個案健康管理時使用，如受檢者不同意接受個案健康管理，得隨時以書面通知衛生福利部國民健康署並註明受檢人姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知，視為同意。

第一聯：病理醫療機構留存聯

婦女子宮頸抹片檢查表

*國籍：①本國 ②外籍人士

*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預防保健 ②健保醫療給付
③其他公務預算補助 ④其他

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. 身分證字號或護照號碼：

*5. 電話：_____

*6. 教育程度：①無②小學③初中、初職
④高中、高職⑤專科、大學⑥研究所以上

*7. 現住址：

縣 鄉鎮 路

_____市_____市區_____ (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. 已停經？(一年無月經)①是②否③不知道

10. 最後一次月經日期：民國____年____月____日

11. 現在是否懷孕？①是 ②否 ③不知道

*12. 子宮是否切除？①是 ②否 ③不知道

*13. 子宮是否接受過放射線治療？

①是 ②否 ③不知道

三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

14. 病歷號：_____

*15. 抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日

*16. 抹片檢體取樣機構：名稱_____ (代碼10碼)_____

*17. 抹片檢體取樣人員(姓名)：_____

①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士

*18. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤
④其他

19. 臨床所見：_____

三之二、抹片資料(病理醫療機構填寫)

*20. 抹片細胞病理編號：_____

*21. 抹片判讀機構：名稱_____ (代碼10碼)_____

*22. 抹片收到日期：民國____年____月____日

*23. 檢體種類：①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)

*24. 閱片方式：①人工②機械③人工+機械④其他

*25. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀

*26. 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_____

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

*28. 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-----⑬

ADENOCARCINOMA-----⑫

OTHER MALIGNANT NEOPLASM-----⑬

OTHER-----⑭

Dysplasia cannot exclude HSIL-----⑰

29. 子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是②否

30. 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

注意事項：本表資料將會做為衛生單位政策評估或個案健康管理時使用，如受檢者不同意接受個案健康管理，得隨時以書面通知衛生福利部國民健康署並註明受檢人姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知，視為同意。

第二聯：病理醫療機構回報採檢醫療機構聯

婦女子宮頸抹片檢查表

*國籍：①本國 ②外籍人士

*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預防保健 ②健保醫療給付
③其他公務預算補助 ④其他

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. 身分證字號或護照號碼：

*5. 電話：_____

*6. 教育程度：①無②小學③初中、初職

④高中、高職⑤專科、大學⑥研究所以上

*7. 現住址：

縣 鄉鎮 路

____市____市區____(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. 已停經?(一年無月經)①是②否③不知道

10. 最後一次月經日期：民國____年____月____日

11. 現在是否懷孕? ①是 ②否 ③不知道

*12. 子宮是否切除? ①是 ②否 ③不知道

*13. 子宮是否接受過放射線治療?

①是 ②否 ③不知道

三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

14. 病歷號：_____

*15. 抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日

*16. 抹片檢體取樣機構：名稱_____
(代碼 10 碼)_____

*17. 抹片檢體取樣人員(姓名)：_____

①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④公衛護士

*18. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤
④其他

19. 臨床所見：_____

三之二、抹片資料(病理醫療機構填寫)

*20. 抹片細胞病理編號：_____

*21. 抹片判讀機構：名稱_____
(代碼 10 碼)_____

*22. 抹片收到日期：民國____年____月____日

*23. 檢體種類：①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)

*24. 閱片方式：①人工②機械③人工+機械④其他

*25. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀

*26. 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_____

*27. 可能的感染(可多選)①Candida ②Trichomonas

③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)

⑧Actinomyces ⑥Others_____

*28. 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-----⑬

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU-----⑮

ADENOCARCINOMA-----⑫

OTHER MALIGNANT NEOPLASM-----⑬

OTHER _____-----⑭

Dysplasia cannot exclude HSIL-----⑰

29. 子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是②否

30. 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_____

注意事項：本表資料將會做為衛生單位政策評估或個案健康管理時使用，如受檢者不同意接受個案健康管理，得隨時以書面通知衛生福利部國民健康署並註明受檢人姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知，視為同意。

第三聯：病理醫療機構回報衛生所聯

*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