

【附表三】

婦女乳房攝影檢查表

支付方式：預防保健 健保醫療給付 其他公務預算補助 其他

病歷號：

乳房攝影車篩檢：是 否

一、個人基本資料（檢查婦女填寫）

轉介單位：臺中市和平區衛生所

姓名：	身份證字號：	護照號碼： (外籍人士)
現居住地址： 縣 市 鄉 村 街 段 巷 號 區 鎮 里 路 弄 樓 鄉鎮市區代碼：□□□□	出生日期： 年 月 日 年齡：□□ 電話：() 手機：	
教育程度： <input type="checkbox"/> 不識字； <input type="checkbox"/> 小學； <input type="checkbox"/> 國(初)中； <input type="checkbox"/> 高中專科； <input type="checkbox"/> 大學以上		
身高： 公分	體重： 公斤	

二、個案臨床資料（檢查婦女填寫）

1. 有無得過下列疾病？

- 有： 乳房良性相關疾病； 乳癌； 其他癌症
 無

2. 家族史：與您有血緣的家屬中，有無人得過乳癌？

- 有（姑姑指父親的親姊妹，阿姨指母親的親姊妹）

血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母	姑姑	阿姨
罹患乳癌人數							

- 無

3. 月經史：初經年齡_____歲（實歲）；

是否已停經？

- 是：停經年齡_____歲（實歲）

停經原因： 自然停經； 子宮切除； 卵巢切除； 其他

- 否

4. 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）： 有； 無

第一胎生產實足年齡_____歲

5. 用藥史：是否服用荷爾蒙補充劑？ 是； _____歲開始，服用_____年； 否

是否服用口服避孕藥？ 是； _____歲開始，服用_____年； 否

6. 最近二年內是否曾做過下列檢查（可複選）？ 醫護人員觸診； 乳房攝影檢查；

乳房超音波檢查； 以上皆未做過

三、乳房攝影檢查結果（乳房攝影醫院填寫）

1. 乳房攝影醫院名稱：_____代碼（10碼）：

2. 乳房攝影日期：____年____月____日

3. 此次乳房觸診檢查結果： 有腫塊或其他異常； 無異常； 未做

4. 乳腺組成： Fatty breast Mildly dense Moderate dense Extremely dense

5. 乳房攝影檢查結果（Category 0, 3, 4, 5 需加填乳房攝影檢查異常個案報告表）：

(0) 需附加其他影像檢查再評估

(Category 0: Need Additional Imaging Evaluation.)

(1) 無異常發現

(Category 1: Negative.)

(2) 良性發現

(Category 2: Benign Finding)

(3) 可能是良性發現—需六個月追蹤檢查

(Category 3: Probably Benign Finding—Short Interval Follow-Up Suggested.)

(4) 可疑異常需考慮組織生檢

(Category 4: Suspicious Abnormality—Biopsy Should Be Considered.)

a. Low suspicion

b. Intermediate suspicion

c. Moderate suspicion

(5) 高度疑似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.)

放射科醫師姓名：_____

放射技術師姓名：_____

注意事項：本檢查單資料將會做為衛生單位健康管理或是政策評估時使用，如受檢者不同意，得隨時以書面通知衛生署國民健康局（台北縣新莊市長青街2號）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。