

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：林○○	身份證字號：L 2 2 3 3 6 6 7 7 7	護照號碼： (外籍人士)
現居住地址： 台中市和平區南勢里東關路三段巷132號 區鎮里路弄樓	出生日期：46年01月01日 年齡：55	電話：(04) 23381027 手機：0911-000001
鄉鎮市區代碼：42441	教育程度： <input type="checkbox"/> 不識字； <input type="checkbox"/> 小學； <input type="checkbox"/> 國(初)中； <input checked="" type="checkbox"/> 高中專科； <input type="checkbox"/> 大學以上	
身高：158 公分	體重：55 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1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28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. 最近二年内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。