

健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

*國籍：①本國 ②外籍人士

*抹片車或社區巡迴服務篩檢：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 ②健保醫療給付 ③其他
公務預算補助 ④其他 ⑥自費健康檢查

*難判重做？①是 ②否

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.身分證統一編號或統一證號(外籍)：

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

*5.電話：_____

*6.教育：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)

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.最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內

③2至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.子宮是否切除？①是 ②否 ③不知道

*14.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道

*15.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

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。

本人同意接受檢查，確認以上資料正確無誤：
(簽名)

三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫）

16.病歷號：_____ *雙子宮頸？①是 ②否

*17.抹片檢體取樣日期：民國_____年_____月_____日

*18.抹片檢體取樣機構：名稱 亞洲大學附屬醫院
(代碼 10碼) 1303180011

*19.抹片檢體取樣醫事人員簽名（或蓋章）：

抹片檢體取樣人員身分別：

①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產人員 ④衛生所
護理人員 ⑤衛生所醫師（非屬①②）

*20.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？①否 ②是

*21.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

22.臨床所見（含骨盆腔檢查結果）：_____

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐/公務預算補助」

三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）

*23.抹片細胞病理編號：_____

*24.抹片判讀機構：名稱 _____
(代碼 10碼) _____

*25.抹片收到日期：民國_____年_____月_____日

*26.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）

*27.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械

*28.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀

*29.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 _____

*30.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas

③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)

⑧Actinomyces ⑥Others _____

*31.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 --- ①⑥

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 --- ⑮

ADENOCARCINOMA ----- ⑫

OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑬

OTHER ----- ⑭

Dysplasia cannot exclude HSIL ----- ⑰

32.子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否

33.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

(114 年 1 月修訂)

第一聯：病理醫療機構回報採檢醫療機構聯

第二聯：病理醫療機構留存

第三聯：病理醫療機構回報衛生所聯

健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

- * 國籍：①本國 ②外籍人士
* 抹片車或社區巡迴服務篩檢：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 ②健保醫療給付 ③其他
公務預算補助 ④其他 ⑥自費健康檢查
* 難判重做？①是 ②否
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. 身分證統一編號或統一證號(外籍)：
□□□□□□□□□□
* 5. 電話：_____
* 6. 教育：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)
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. 最近一次抹片檢查時間？①1 年內 ②1至2年內
③ 2至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. 子宮是否切除？①是 ②否 ③不知道
* 14. 子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道
* 15. 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

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。

本人同意接受檢查，確認以上資料正確無誤：
(簽名)

三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫）

16. 病歷號：_____ * 雙子宮頸？①是 ②否
* 17. 抹片檢體取樣日期：民國_____年_____月_____日
* 18. 抹片檢體取樣機構：名稱 亞洲大學附屬醫院
(代碼 10 碼) 1303180011
* 19. 抹片檢體取樣醫事人員簽名（或蓋章）：

抹片檢體取樣人員身分別：
①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產人員 ④衛生所
護理人員 ⑤衛生所醫師（非屬①②）
* 20. 本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？①否 ②是
* 21. 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
22. 臨床所見（含骨盆腔檢查結果）：_____

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）

- * 23. 抹片細胞病理編號：_____
* 24. 抹片判讀機構：名稱_____
(代碼 10 碼)_____
* 25. 抹片收到日期：民國_____年_____月_____日
* 26. 檢體種類：①常規抹片 ②液體標本

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）

- * 27. 閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械
* 28. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
* 29. 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_____
* 30. 可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas
③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑧Actinomyces ⑥Others_____

- * 31. 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 ---- ①⑥
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 ---- ⑮
ADENOCARCINOMA ----- ⑮
OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑮
OTHER ----- ⑮
Dysplasia cannot exclude HSIL ----- ⑮

32. 子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否
33. 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

(114 年 1 月修訂)

第一聯：病理醫療機構回報採檢醫療機構聯

第二聯：病理醫療機構留存

第三聯：病理醫療機構回報衛生所聯

健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

- *國籍：①本國 ②外籍人士
*抹片車或社區巡迴服務篩檢：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 ②健保醫療給付 ③其他
公務預算補助 ④其他 ⑥自費健康檢查
*難判重做？①是 ②否
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.身分證統一編號或統一證號(外籍)：
□□□□□□□□□□
*5.電話：_____
*6.教育：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)
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.最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內
③2至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.子宮是否切除？①是 ②否 ③不知道
*14.子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道
*15.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

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。

本人同意接受檢查，確認以上資料正確無誤：
(簽名)

三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫）

- 16.病歷號：_____*雙子宮頸？①是 ②否
*17.抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日
*18.抹片檢體取樣機構：名稱 亞洲大學附屬醫院
(代碼10碼) 1303180011
*19.抹片檢體取樣醫事人員簽名（或蓋章）：

抹片檢體取樣人員身分別：

- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產人員 ④衛生所
護理人員 ⑤衛生所醫師（非屬①②）

- *20.本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？①否 ②是
*21.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
22.臨床所見（含骨盆腔檢查結果）：

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）

- *23.抹片細胞病理編號：_____
*24.抹片判讀機構：名稱_____
(代碼10碼)_____
*25.抹片收到日期：民國____年____月____日
*26.檢體種類：①常規抹片 ②液體標本

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）

- *27.閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械
*28.抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
*29.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_____
*30.可能的感染（可多選）①Candida ②Trichomonas
③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑧Actinomyces ⑥Others_____

- *31.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-----⑪
ATYPICAL GLANDULAR CELLS
Atypical glandular cells -----⑤
Atypical glandular cells favor neoplasm -----⑮
ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ----⑱
ADENOCARCINOMA-----⑫
OTHER MALIGNANT NEOPLASM-----⑬
OTHER -----⑭
Dysplasia cannot exclude HSIL -----⑰

- 32.子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是 ②否
33.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

(114年1月修訂)

第一聯：病理醫療機構回報採檢醫療機構聯

第二聯：病理醫療機構留存

第三聯：病理醫療機構回報衛生所聯