

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務檢查紀錄結果表單

支付方式： ☐ 預防保健； ☐ 健保醫療給付； ☐ 其他公務預算補助； ☐ 自費健康檢查； ☐ 其他。																			
乳房攝影車篩檢： ☐ 否（儀器登設字_____；所屬單位院所名稱_____；機構代碼_____）； ☐ 是（儀器登設字_____；所屬單位院所名稱_____；機構代碼_____；車號_____）。																			
病歷號：																			
個人基本資料（檢查婦女填寫）																			
姓名	身分證統一編號 統一證號（外籍）																		
出生日期	聯絡資訊 電話：（ ） 手機：																		
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣 市鄉 村 路 段 巷 號 市 區鎮 里 街 弄 樓																		
教育	☐ 無； ☐ 小學； ☐ 國（初）中； ☐ 高中/高職； ☐ 專科、大學； ☐ 研究所以上； ☐ 拒答。																		
其它資訊	身高： 公分；體重： 公斤。																		
個案臨床資料（檢查婦女填寫）																			
疾病史	有無得過下列疾病？ ☐ 有，疾病為： ☐ 乳房良性相關疾病； ☐ 乳癌； ☐ 其他癌症： ； ☐ 無。																		
家族史	與您有血緣的家屬中，有無人得過乳癌？ ☐ 有，請填下方表格： <table border="1"> <tr> <td>血緣關係</td> <td>母親</td> <td>姊妹</td> <td>女兒</td> <td>祖母</td> <td>外祖母</td> </tr> <tr> <td>罹患乳癌人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>確診時年齡（同類型血緣關係填列確診年齡之最小值）</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> ☐ 無。	血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母	罹患乳癌人數						確診時年齡（同類型血緣關係填列確診年齡之最小值）					
血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母														
罹患乳癌人數																			
確診時年齡（同類型血緣關係填列確診年齡之最小值）																			
月經史	初經年齡_____歲（實歲）； ☐ 其他，無法填寫初經年齡原因：_____ 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。																		
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。																		
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。																		
是否有感覺到異常腫塊？	☐ 有摸到硬塊或疼痛、壓痛，請在右圖相關位置標示「X」； ☐ 沒有症狀； ☐ 未做過乳房自我檢查。																		
其他	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 X 光檢查； ☐ 乳房超音波檢查； ☐ 以上皆未做過。 是否曾接受過乳房手術？ ☐ 是：（ ☐ 左側， ☐ 右側）； ☐ 否。																		
1. 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、或政策評估等目的使用。受檢者同意受檢及資料利用。 2. 乳房 X 光攝影經證實可發現早期乳癌，但準確度並非 100%，約有 15%的乳癌無法有效偵測，所以即使檢查結果正常，在下次定期檢查前，如有發現異狀，仍應儘速就醫。																			

*確認以上資料正確無誤：_____（簽名）

*為提升影像判讀準確性，本人同意相關醫事人員可於看診或判讀報告時查詢本人歷次篩檢報告及影像。

受檢婦女簽名：_____

乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)															
醫院名稱	亞洲大學附屬醫院				醫事機構代碼	1	3	0	3	1	8	0	0	1	1
攝影日期	民國 年 月 日														
攝影儀機型	☐ CR 乳房 X 光攝影儀 (Computed Radiography, CR) ; ☐ DR 乳房 X 光攝影儀 (Digital Radiography, DR) ; ☐ 乳房斷層攝影機 (Tomosynthesis, Tomo) 。														
乳房觸診檢查	☐ 有腫塊或其他異常，請在右圖相關位置標示「X」； ☐ 無異常； ☐ 未做觸診檢查。														
乳腺組成	☐ Fatty breast ; ☐ Scattered fibroglandular density ; ☐ Heterogeneously dense ; ☐ Extremely dense 。														
與舊片比較	☐ 是； ☐ 否，理由為： ☐ 第一次篩檢， ☐ 無法取得舊片， ☐ 無法獲知是否有舊片。														
攝影判讀日期	民國 年 月 日														
攝影檢查結果	※ Category 0, 3, 4, 5需加填「乳房 X 光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—須短期追蹤檢查 (6-12個月) (Category 3: Probably Benign Finding—Short Interval Follow-Up Suggested.) ☐ (4) 可疑異常須考慮組織生檢 (Category 4: Suspicious Abnormality—Biopsy Should Be Considered.) ☐ a. Low suspicion ☐ b. Moderate suspicion ☐ c. High suspicion ☐ (5) 高度懷疑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					醫事放射師										

(114年1月修訂)