

# 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. 最近一次抹片檢查時間？①1年內②1-2年內  
 ③2-3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. 是否曾接種子宮頸癌疫苗：①是，民國\_\_\_\_年  
 ②否③不知道

## 三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

16. 病歷號：\_\_\_\_\_
- \*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 \_\_\_\_\_  
 (代碼 10 碼) \_\_\_\_\_
- \*19. 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
- \*20. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤  
 ④其他
21. 臨床所見：\_\_\_\_\_

## 三之二、抹片資料(病理醫療機構填寫)

- \*22. 抹片細胞病理編號：\_\_\_\_\_
- \*23. 抹片判讀機構：名稱 \_\_\_\_\_  
 (代碼 10 碼) \_\_\_\_\_
- \*24. 抹片收到日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- \*25. 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)

- \*26. 閱片方式：①人工②機械③人工+機械④其他
- \*27. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
- \*28. 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 \_\_\_\_\_
- \*29. 可能的感染(可多選)①Candida ②Trichomonas  
 ③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)  
 ⑧Actinomyces ⑥Others \_\_\_\_\_
- \*30. 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
31. 子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是②否
32. 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：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康局(臺北縣新莊市長青街 2 號)，註明姓名、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

## \*檢驗者(請簽名及填寫代碼)

Cytotechnologist

\_\_\_\_\_ □□

\*為必填之項目

Cytopathologist

\_\_\_\_\_ □□

(\_\_月\_\_日)\*

\*請輸入確診日期

(98年11月修訂)

# 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. 最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1-2年內  
③2-3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. 是否曾接種子宮頸癌疫苗：①是，民國\_\_\_\_\_年

②否 ③不知道

## 三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

16. 病歷號：\_\_\_\_\_

\*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 \_\_\_\_\_  
(代碼 10 碼) \_\_\_\_\_

\*19. 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

\*20. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤

④其他

21. 臨床所見：\_\_\_\_\_

## 三之二、抹片資料(病理醫療機構填寫)

\*22. 抹片細胞病理編號：\_\_\_\_\_

\*23. 抹片判讀機構：名稱 \_\_\_\_\_  
(代碼 10 碼) \_\_\_\_\_

\*24. 抹片收到日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

\*25. 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)

\*26. 閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他

\*27. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀

\*28. 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 \_\_\_\_\_

\*29. 可能的感染(可多選)①Candida ②Trichomonas

③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)

⑧Actinomyces ⑥Others \_\_\_\_\_

\*30. 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-----⑩

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-----⑮

Atypical glandular cells favor neoplasm-----⑮

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU-----⑬

ADENOCARCINOMA-----⑫

OTHER MALIGNANT NEOPLASM-----⑬

\_\_\_\_\_

OTHER \_\_\_\_\_-----⑭

Dysplasia *cannot exclude* HSIL-----⑰

31. 子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否

32. 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：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康局(臺北縣新莊市長青街 2 號)，註明姓名、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

\*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

(98年11月修訂)

# 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. 最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1-2年內  
③2-3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. 是否曾接種子宮頸癌疫苗：①是，民國\_\_\_\_\_年  
②否 ③不知道

## 三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

16. 病歷號：\_\_\_\_\_

\*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\_\_\_\_\_ (代碼 10 碼)\_\_\_\_\_

\*19. 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

\*20. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤  
④其他

21. 臨床所見：\_\_\_\_\_

## 三之二、抹片資料(病理醫療機構填寫)

\*22. 抹片細胞病理編號：\_\_\_\_\_

\*23. 抹片判讀機構：名稱\_\_\_\_\_ (代碼 10 碼)\_\_\_\_\_

\*24. 抹片收到日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

\*25. 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)

\*26. 閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械 ④其他

\*27. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀

\*28. 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\_\_\_\_\_

\*29. 可能的感染(可多選)①Candida ②Trichomonas

③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)

⑧Actinomyces ⑥Others\_\_\_\_\_

\*30. 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-----⑩

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-----⑮

Atypical glandular cells favor neoplasm-----⑮

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU-----⑬

ADENOCARCINOMA-----⑫

OTHER MALIGNANT NEOPLASM-----⑬

\_\_\_\_\_

OTHER-----⑭

Dysplasia *cannot exclude* HSIL-----⑰

31. 子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否

32. 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：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康局(臺北縣新莊市長青街2號)，註明姓名、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

(98年11月修訂)