

行政院衛生署 桃園醫院 健康管理中心

婦女子宮頸抹片檢查單

國籍： 本國 外籍人士

1. 支付方式： 預防保健 健保醫療給付  
公務預算補助 其他

時程代碼：\_\_\_\_\_

一、個人基本資料

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： 無 小學 初中、初職  
高中、高職 專科、大學 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：\_\_\_\_\_

8. 戶籍住址：\_\_\_\_\_

鄉鎮代碼：\_\_\_\_\_

二、個案臨床資料

9. 已停經？(一年無月經) 是 否 不知道

10. 最後一次月經日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

11. 現在是否懷孕？ 是 否 不知道

12. 子宮是否切除？ 是 否 不知道

13. 子宮是否接受過放射線治療？

是 否 不知道

三之一、抹片資料(採檢醫事機構填寫)

14. 病歷號：\_\_\_\_\_

\*15. 抹片檢體取樣日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

\*16. 抹片檢體取樣機構：名稱\_\_\_\_\_ (代碼 10 碼)\_\_\_\_\_

17. 抹片檢體取樣醫師(中文)  
(或助產士或護士)\_\_\_\_\_

\*18. 做抹片目的： 篩檢 懷疑癌症 追蹤  
其他

19. 臨床所見：\_\_\_\_\_

三之二、抹片資料(病理醫療機構填寫)

\*20. 抹片細胞病理編號：\_\_\_\_\_

\*21. 抹片判讀機構：名稱\_\_\_\_\_ (代碼 10 碼)\_\_\_\_\_

\*22. 抹片收到日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

\*23. 檢體種類： 常規抹片 液體標本 其他

四、抹片判讀結果(病理醫療機構填寫)

\*24. 閱片方式： 人工 機械 人工+機械 其他

\*25. 抹片品質： 良好 尚可 抹片難以判讀

\*26. 抹片尚可或難以判讀之原因(最多可選二個)

抹片固定或保存不良 細胞太少  
太厚或太多血液 沒有子宮內頸成份  
炎症細胞過多 存在外來物(如潤滑劑)  
過多細胞溶解或自溶 其他\_\_\_\_\_

\*27. 可能的感染(可多選) Candida Trichomonas  
Herpes Shift in flora (bacterial vaginosis)  
Actinomyces Others\_\_\_\_\_

\*28. 細胞病理診斷(只可單選)：\_\_\_\_\_

NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY

Within normal limit-----

Reactive changes : Inflammation, repair,  
radiation, and others-----

Atrophy with inflammation-----

ATYPICAL SQUAMOUS CELLS

Atypical squamous cells (ASC-US) -----

Atypical squamous cells cannot exclude HSIL-----

LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION

Mild dysplasia(CIN1) with koilocytes-----

Mild dysplasia(CIN1) without koilocytes-----

HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION

Moderate dysplasia(CIN2)-----

Severe dysplasia(CIN3)-----

Carcinoma in situ(CIN3)-----

SQUAMOUS CELL CARCINOMA-----

ATYPICAL GLANDULAR CELLS

Atypical glandular cells-----

Atypical glandular cells favor neoplasm-----

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU-----

ADENOCARCINOMA-----

OTHER MALIGNANT NEOPLASM-----

\_\_\_\_\_

OTHER\_\_\_\_\_

Dysplasia *cannot exclude* HSIL-----

29. 子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 是 否

30. 建議：

因抹片難以判讀，請重做抹片檢查  
治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查  
抹片結果異常，請再做進一步檢查  
其他建議

注意事項：

本檢查單資料將作為衛生單位健康管理、政策評估使用，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二號)，如未通知，視為同意。

\*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

第一聯：報告聯(白色)

第二聯：檢驗單位(黃色)

第三聯：業務聯(紅色)