

【附表七】

國民健康署婦女乳房攝影檢查表

(103年8月修訂)

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；是（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												
		護照號碼(外籍人士)												
出生日期	_____年_____月_____日	聯絡資訊	電話：(____) _____ 手機：_____											
現居住地址	鄉鎮市區代碼： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 市鄉 村 路 段 巷 號 市 區鎮 里 街 弄 樓													
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字； <input type="checkbox"/> 小學； <input type="checkbox"/> 國（初）中； <input type="checkbox"/> 高中/專科； <input type="checkbox"/> 大學以上。													
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？ <input type="checkbox"/> 有，疾病為： <input type="checkbox"/> 乳房良性相關疾病； <input type="checkbox"/> 乳癌； <input type="checkbox"/> 其他癌症：_____； <input type="checkbox"/> 無。																								
家族史	與您有血緣的家屬中，有無人得過乳癌？ <input type="checkbox"/> 有，請填下方表格： <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <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> </table> <input type="checkbox"/> 無。													血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母	罹患乳癌人數					
血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母																				
罹患乳癌人數																									
月經史	初經年齡_____歲（實歲）； 是否已停經？ <input type="checkbox"/> 是，停經年齡_____歲（實歲）； 停經原因： <input type="checkbox"/> 自然停經； <input type="checkbox"/> 子宮切除； <input type="checkbox"/> 卵巢切除； <input type="checkbox"/> 其他_____。 <input type="checkbox"/> 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)： <input type="checkbox"/> 有， <input type="checkbox"/> 無； 第一胎生產實足年齡_____歲。																								
用藥史	是否服用荷爾蒙補充劑？ <input type="checkbox"/> 是，_____歲開始，服用_____年； <input type="checkbox"/> 否。 是否服用口服避孕藥？ <input type="checkbox"/> 是，_____歲開始，服用_____年； <input type="checkbox"/> 否。																								
是否有感覺到異常腫塊？	<input type="checkbox"/> 有摸到硬塊或疼痛、壓痛，請在右圖相關位置標示「X」； <input type="checkbox"/> 沒有症狀； <input type="checkbox"/> 未做過乳房自我檢查。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;">   </div>																								
其他	最近二年內是否曾做過下列檢查（可複選）？ <input type="checkbox"/> 醫護人員觸診； <input type="checkbox"/> 乳房攝影檢查； <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> 以上皆未做過。																								

是否曾接受過乳房手術？是：(左側，右側)； 否。

本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用，受檢婦女簽名：\_\_\_\_\_

乳房攝影檢查結果 (乳房攝影醫院填寫)

醫院名稱	醫事機構代碼																			
攝影日期	_____年_____月_____日																			
攝影儀機型	<input type="checkbox"/> 傳統乳房攝影儀； <input type="checkbox"/> 數位乳房攝影儀 (Computed Radiography, CR)； <input type="checkbox"/> 數位乳房攝影儀 (Digital Radiography, DR)。																			
乳房觸診檢查	<input type="checkbox"/> 有腫塊或其他異常， 請在右圖相關位置標示「X」； <input type="checkbox"/> 無異常； <input type="checkbox"/> 未做觸診檢查。																			
乳腺組成	<input type="checkbox"/> Fatty breast； <input type="checkbox"/> Mildly dense； <input type="checkbox"/> Moderate dense； <input type="checkbox"/> Extremely dense。																			
與舊片比較	<input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否，理由為： <input type="checkbox"/> 第一次篩檢， <input type="checkbox"/> 無法取得舊片， <input type="checkbox"/> 無法獲知是否有舊片。																			
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」。 <input type="checkbox"/> (0)需附加其他影像檢查再評估 (Category 0: Need Additional Imaging Evaluation.) <input type="checkbox"/> (1)無異常發現 (Category 1: Negative.) <input type="checkbox"/> (2)良性發現 (Category 2: Benign Finding) <input type="checkbox"/> (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.) <input type="checkbox"/> (4)可疑異常需考慮組織生檢 (Category 4: Suspicious Abnormality—Biopsy Should Be Considered.) <input type="checkbox"/> a. Low suspicion <input type="checkbox"/> b. Intermediate suspicion <input type="checkbox"/> c. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> (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	醫事放射師																			

