

【附表三】

婦女乳房攝影檢查表

範本

支付方式：預防保健 健保醫療給付 其他公務預算補助 其他

病歷號：

乳房攝影車篩檢：是 否

一、個人基本資料 (檢查婦女填寫)

轉介單位:台中市大安區衛生所

姓名：林○○	身份證字號：L 2 2 3 3 6 6 7 7 7	護照號碼： (外籍人士)
現居住地址： 台中市大安區中庄里 段 巷 333 號 區鎮里中山南路 弄 樓 鄉鎮市區代碼：□□□□		出生日期：46 年 01 月 01 日 年齡：55 電話：(04) 23381027 手機：0911-000001
教育程度： <input type="checkbox"/> 不識字； <input type="checkbox"/> 小學； <input type="checkbox"/> 國(初)中； <input checked="" type="checkbox"/> 高中專科； <input type="checkbox"/> 大學以上		
身高：158 公分	體重：55 公斤	

二、個案臨床資料 (檢查婦女填寫)

1. 有無得過下列疾病？

- 有： 乳房良性相關疾病；  乳癌；  其他癌症  
 無

2. 家族史：與您有血緣的家屬中，有無人得過乳癌？

- 有 (姑姑指父親的親姊妹，阿姨指母親的親姊妹)

血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母	姑姑	阿姨
罹患乳癌人數							

- 無

3. 月經史：初經年齡\_\_\_\_\_歲 (實歲)；

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

4. 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

5. 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

6. 最近二年内是否曾做過下列檢查(可複選)？  醫護人員觸診；  乳房攝影檢查；

乳房超音波檢查；  以上皆未做過

三、乳房攝影檢查結果 (乳房攝影醫院填寫)

1. 乳房攝影醫院名稱：\_\_\_\_\_代碼(10碼)：

2. 乳房攝影日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

3. 此次乳房觸診檢查結果： 有腫塊或其他異常；  無異常；  未做

4. 乳腺組成： Fatty breast  Mildly dense  Moderate dense  Extremely dense

5. 乳房攝影檢查結果 (Category 0, 3, 4, 5 需加填乳房攝影檢查異常個案報告表)：

- (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—需六個月追蹤檢查

(Category 3: Probably Benign Finding—Short Interval Follow-Up Suggested.)

- (4) 可疑異常需考慮組織生檢

(Category 4: Suspicious Abnormality—Biopsy Should Be Considered.)

a. Low suspicion

b. Intermediate suspicion

c. Moderate suspicion

- (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.)

放射科醫師姓名：\_\_\_\_\_

放射技術師姓名：\_\_\_\_\_

注意事項：本檢查單資料將會做為衛生單位健康管理或是政策評估時使用，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2號)並註明受檢人姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知，視為同意。