

臺中市政府衛生局 函

地址：420206臺中市豐原區中興路136號
承辦人：林惠華
電話：04-25265394分機3360
電子信箱：hbtcl39200@taichung.gov.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國114年1月13日

發文字號：中市衛保字第1140002994號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件1婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄附表內容、附件2婦女人類乳突病毒檢測服務檢查紀錄附表內容 (387140000I_1140002994_ATTACH1.pdf、387140000I_1140002994_ATTACH2.pdf)

主旨：轉知衛生福利部檢送更新之婦女子宮頸抹片檢查服務及婦女人類乳突病毒檢測服務檢查紀錄結果表單，請查照。

說明：

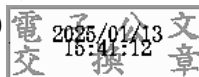
- 一、依據衛生福利部114年1月7日衛授國字第1140360010號函辦理。
- 二、為落實健康臺灣政策，並期達成2030年減少國人三分之一癌症標準化死亡率之目標，114年起擴大重要癌症篩檢年齡範圍、調整篩檢補助費用及新增癌症篩檢服務項目，衛生福利部業於113年12月25日公告「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」並自114年1月1日起實施。
- 三、本次更新預防保健注意事項之「附表三之三 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存」、「附表三之四 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」、「附表七之三 健康署婦女人類乳突病毒檢測服務對象資格查核、表單填寫與保存」、「附表七之四 健康署婦女人類乳突病毒檢測服務檢查紀錄結果表單」，檢體

取樣醫事人員於衛生福利部國民健康署癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統(下稱癌整系統)上傳前揭表單時，登錄「檢體取樣醫事人員代號」，為簡化相關流程，爰刪除紙本表單上之「身分證統一編號」欄位。

四、副本抄送，社團法人臺中市醫師公會、社團法人臺中市大臺中醫師公會、台中市診所協會、社團法人臺中市大臺中診所協會、臺中市台中都診所協會、台中市助產師助產士公會、臺中市大臺中醫事檢驗師公會、臺中市醫檢師公會，請惠予協助轉知所屬會員及公告相關訊息

正本：本市子抹病理判讀醫療院所等17家、醫事檢驗所等7家

副本：社團法人臺中市醫師公會(含附件)、社團法人臺中市大臺中醫師公會(含附件)、台中市診所協會(含附件)、社團法人臺中市大臺中診所協會(含附件)、臺中市台中都診所協會(含附件)、台中市助產師助產士公會(含附件)、臺中市大臺中醫事檢驗師公會(含附件)、臺中市醫檢師公會(含附件)



附表三之一 健康署執行婦女子宮頸抹片檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
子宮頸抹片採樣	<p>一、特約醫事服務機構如為醫療院所（含衛生所），應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師。</p> <p>二、如衛生所執業登記醫師非屬婦產科專科醫師或家庭醫學科專科醫師，須完成健康署核可之子宮頸癌篩檢採樣訓練者，或一百十一年後經婦產科、婦癌及家庭醫學科相關專業醫學會完成子宮頸癌篩檢採樣訓練者，方得申請辦理。</p> <p>三、如為助產所，應有登記執業之專任助產人員。</p> <p>四、如為執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，得於社區巡迴服務時執行子宮頸抹片採樣。</p>	<p>一、特約醫事服務機構應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師，並由前述人員執行採檢。</p> <p>二、在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科專科醫師或家庭醫學科專科醫師，須完成健康署核可之子宮頸癌篩檢採樣訓練者，或一百十一年後經婦產科、婦癌及家庭醫學科相關專業醫學會完成子宮頸癌篩檢採樣訓練者，並由前述人員執行採檢。</p> <p>三、如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員，並由前述人員執行採檢。</p> <p>四、社區巡迴服務時，執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，得執行子宮頸抹片採樣。</p>
子宮頸細胞病理檢驗	<p>申請辦理子宮頸細胞病理檢驗者，應通過健康署子宮頸細胞病理診斷單位資格審查。</p>	<p>執行人員資格詳見「預防保健服務之子宮頸細胞病理診斷單位資格審查原則」附件一、資格審查作業規定之資格審查表「人員資格」規定。</p>

其他應配合事項：

- 一、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理。
- 二、衛生局應每月將執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，有執行社區巡迴服務篩檢之名單，依格式上傳健康署指定系統。
- 三、子宮頸細胞病理診斷單位及檢驗人員之工作合理量規定如下：

(一)細胞檢驗技術人員

1. 合格之細胞檢驗技術人員，專責抹片細胞檢驗工作，每人每年之子宮頸抹片檢驗量上限為一萬件個案。
2. 合格之細胞檢驗技術人員，除抹片細胞檢驗工作外，尚兼有切片、非細胞相關之行政工作，每人每年子宮頸抹片檢驗量上限為五千件個案。
3. 特約醫事服務機構內之細胞檢驗技術人員如僅專責閱片，並向健康署申請細胞檢驗技術人員為「全職閱片」，經審查通過後，每人每年檢驗量上限為一萬二千件個案。
4. 細胞病理診斷單位同時從事子宮頸抹片和非婦科細胞抹片檢驗，其每名細胞檢驗技術人員每年之子宮頸抹片檢驗個案數加上一倍之非婦科細胞抹片檢驗個案數，

不得超過其年檢驗量之上限。

- (二)每名合格醫師每年負責之最大工作量為子宮頸細胞抹片檢驗個案數加上前一年度二倍之非婦科細胞抹片檢驗個案數，上限為五萬件；醫師如兼有組織切片診斷或門診工作者，其每年之工作量計算，以五萬件個案數扣除前述之前一年度二倍之非婦科細胞抹片，及扣除前一年度三倍之實際執行組織切片診斷量，為其一年之細胞學工作量上限。
- (三)細胞診斷醫師（非負責醫師）至其他單位兼職者，其上述(二)所訂工作量不計入兼職機構之工作量。
- (四)細胞病理診斷單位之子宮頸細胞抹片年檢驗總量之上限，以醫師或醫檢師總量上限較少者為準。
- (五)子宮頸細胞病理診斷單位因人員異動導致當年度之子宮頸抹片工作量有超量之虞時，以下調節機制可擇一因應之：
 1. 子宮頸抹片檢驗外送，以符合單位閱片合理量規定。
 2. 當年度切片量調節減少，醫師應以五萬件扣除當年度三倍之切片量，即扣前一年度二倍之非婦科抹片量為基準，由各單位自行計算調節後之子宮頸抹片工作合理量。

附表三之二 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
31	IC31	二十五歲至二十九歲婦女每三年一次、三十歲以上婦女每年一次(醫療院所)	1.子宮頸抹片採樣 2.骨盆腔檢查	330
35	IC35	二十五歲至二十九歲婦女每三年一次、三十歲以上婦女每年一次(助產所)	子宮頸抹片採樣	240
38	IC38	二十五歲至二十九歲婦女每三年一次、三十歲以上婦女每年一次(社區巡迴服務篩檢,執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員)	子宮頸抹片採樣	240
37	IC37	二十五歲至二十九歲婦女每三年一次、三十歲以上婦女每年一次(衛生所執業,執業登記非屬婦產科或家庭醫學科專科之醫師)	子宮頸抹片採樣 (未含骨盆腔檢查)	280
33	IC33	二十五歲至二十九歲婦女每三年一次、三十歲以上婦女每年一次	子宮頸細胞病理檢驗	300

備註：

一、有關性別、年齡條件及篩檢間隔條件之檢核條件如下：

(一) 性別為「女性」。

(二) 年齡與間隔時間皆以「年份」做檢核條件：

1、年齡條件定義為「就醫年－出生年 ≥ 25 」。

2、二十五歲至二十九歲篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年 ≥ 3 」。

3、三十歲以上篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年 ≥ 1 」。

二、執行子宮頸細胞病理檢驗者，應為通過健康署子宮頸細胞病理診斷單位資格審查之醫事機構，健保卡無須註記及上傳至健保署系統。

三、具有「雙子宮頸」之二十五歲以上婦女，病歷查證屬實，符合篩檢間隔條件下，雙側子宮頸同日得各執行一次預防保健子宮頸抹片檢查服務，並分別申報費用。

四、符合婦女人類乳突病毒檢測服務對象資格者應一併執行為原則，具有「雙子宮頸」之婦女，接受人類乳突病毒檢測時，僅能採檢申報1筆人類乳突病毒檢測費用。

五、預防保健服務日係指抹片檢體取樣日期。

附表三之三 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存

類別	內容
服務對象資格查核	<p>一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健子宮頸抹片檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。</p> <p>二、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄。</p> <p>三、二十五歲至二十九歲女性每三年一次，年齡條件定義為「$25 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 29$」，篩檢間隔條件為「當次就醫年 - 前次就醫年 ≥ 3」。三十歲以上女性每年一次，年齡條件定義為「$\text{就醫年} - \text{出生年} \geq 30$」、篩檢間隔條件為「當次就醫年 - 前次就醫年 ≥ 1」。</p>
表單填寫與保存	<p>一、辦理婦女子宮頸抹片檢查服務者，應透過子宮頸細胞病理檢驗單位，將「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表三之四）、「子宮頸（陰道）切片個案資料登記表」（如附表三之五）詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統。</p> <p>二、雙子宮頸之雙側子宮頸應分別製作一份「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（附表三之四），並併同病歷保存，供健康署備查。</p> <p>三、<u>為檢核檢體取樣醫事人員身分，請於上傳「健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表三之四）時，詳實登錄「檢體取樣醫事人員代號」至健康署指定之系統。</u></p>

健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

- * 國籍：①本國 ②外籍人士
- * 抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
- * 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 ⑥自費健康檢查
- * 難判重做？①是 ②否
- 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. 身分證統一編號或統一證號(外籍)：
□□□□□□□□□□
- * 5. 電話：_____
- * 6. 教育：①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職 ⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
- * 7. 現住址：
縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 _____
市 _____ 市區 _____ 里 _____ (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至2年內 ③2至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. 是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有 HPV 疫苗) ①是，民國_____年 ②否 ③不知道

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、政策評估及其他相關目的使用。
受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

確認以上資料正確無誤：_____ (簽名)

三之一、抹片資料 (採檢醫療機構填寫)

- 16. 病歷號：_____ * 雙子宮頸？ ①是 ②否
- * 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. 抹片檢體取樣醫事人員簽名 (或蓋章)：_____

抹片檢體取樣醫事人員身分別：

- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師 (非屬①②)
- * 20. 本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？ ①否 ②是
- * 21. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他
- 22. 臨床所見 (含骨盆腔檢查結果)：_____

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」
三之二、抹片資料 (病理醫療機構填寫)

- * 23. 抹片細胞病理編號：_____
- * 24. 抹片判讀機構：名稱 _____ (代碼 10 碼) _____
- * 25. 抹片收到日期：民國_____年_____月_____日
- * 26. 檢體種類：①常規抹片 ②液體標本

四、抹片判讀結果 (病理醫療機構填寫)

- * 27. 閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械
- * 28. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
- * 29. 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 _____
- * 30. 可能的感染 (可多選) ①Candida ②Trichomonas
③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑧Actinomyces ⑥Others _____
- * 31. 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 ----- ⑬

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 ----- ⑱

ADENOCARCINOMA ----- ⑫

OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑬

OTHER ----- ⑭

Dysplasia cannot exclude HSIL ----- ⑰

32. 子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否

33. 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 _____

* 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 (114 年 1 月 修訂)

健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐/公務預算補助」

- * 國籍：①本國 ②外籍人士
- * 抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
- * 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 ⑥自費健康檢查
- * 難判重做？①是 ②否
- 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. 身分證統一編號或統一證號(外籍)：
- * 5. 電話：_____
- * 6. 教育：①無 ②小學 ③國(初中) ④高中、高職 ⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
- * 7. 現住址：
 縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 _____
 市 _____ 市區 _____ 里 _____ (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至2年內 ③2至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. 是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有 HPV 疫苗) ①是，民國_____年 ②否 ③不知道

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、政策評估及其他相關目的使用。
 受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

確認以上資料正確無誤：_____ (簽名)

三之一、抹片資料 (採檢醫療機構填寫)

- 16. 病歷號：_____ * 雙子宮頸？ ①是 ②否
- * 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. 抹片檢體取樣醫事人員簽名 (或蓋章)：_____

抹片檢體取樣醫事人員身分別：

- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師 (非屬①②)
- * 20 本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？ ①否 ②是
- * 21. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他
- 22. 臨床所見 (含骨盆腔檢查結果)：_____

三之二、抹片資料 (病理醫療機構填寫)

- * 23. 抹片細胞病理編號：_____
- * 24. 抹片判讀機構：名稱 _____ (代碼 10 碼) _____
- * 25. 抹片收到日期：民國_____年_____月_____日
- * 26. 檢體種類：①常規抹片 ②液體標本

四、抹片判讀結果 (病理醫療機構填寫)

- * 27. 閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械
- * 28. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
- * 29. 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 _____
- * 30. 可能的感染 (可多選) ①Candida ②Trichomonas ③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis) ⑧Actinomyces ⑥Others _____
- * 31. 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 ----- ⑬

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 ----- ⑱

ADENOCARCINOMA ----- ⑫

OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑬

_____ ----- ⑭

OTHER _____ ----- ⑭

Dysplasia *cannot exclude* HSIL ----- ⑰

32. 子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否

33. 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 _____

* 檢驗者 (請簽名及填寫代碼)

Cytotechnologist _____ Cytopathologist _____

_____ (____月____日) *

* 為必填之項目 * 請輸入確切日期

(114 年 1 月 修訂)

健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表(單年1月修訂)

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」

- * 國籍：①本國 ②外籍人士
- * 抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
- * 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 ⑥自費健康檢查
- * 難判重做？①是 ②否
- 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. 身分證統一編號或統一證號(外籍)：
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
- * 5. 電話：_____
- * 6. 教育：①無 ②小學 ③國(初中) ④高中、高職 ⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
- * 7. 現住址：
縣 鄉鎮 村 路
市 市區 里 (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至2年內 ③2至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. 是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有HPV疫苗) ①是，民國____年 ②否 ③不知道

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、政策評估及其他相關目的使用。
受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

確認以上資料正確無誤：_____ (簽名)

三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

- 16. 病歷號：_____ * 雙子宮頸？ ①是 ②否
- * 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. 抹片檢體取樣醫事人員簽名(或蓋章)：

抹片檢體取樣醫事人員身分別：

- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師(非屬①②)
- * 20 本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？ ①否 ②是
- * 21. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他
- 22. 臨床所見(含骨盆腔檢查結果)：_____

三之二、抹片資料(病理醫療機構填寫)

- * 23. 抹片細胞病理編號：_____
- * 24. 抹片判讀機構：名稱 _____
(代碼10碼) _____
- * 25. 抹片收到日期：民國____年____月____日
- * 26. 檢體種類：①常規抹片 ②液體標本

四、抹片判讀結果(病理醫療機構填寫)

- * 27. 閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械
- * 28. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
- * 29. 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 _____
- * 30. 可能的感染(可多選) ①Candida ②Trichomonas
③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑧Actinomyces ⑥Others _____
- * 31. 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 ----- ⑬

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 ----- ⑱

ADENOCARCINOMA ----- ⑫

OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑬

_____ ----- ⑭

OTHER _____ ----- ⑭

Dysplasia *cannot exclude* HSIL ----- ⑰

32. 子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是 ②否

33. 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 _____

* 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

(114年1月修訂)

附表七之一 健康署執行婦女人類乳突病毒檢測服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
婦女人類乳突病毒檢測	<p>一、特約醫事服務機構如為醫療院所（含衛生所），應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師。</p> <p>二、如衛生所執業登記醫師非屬婦產科專科醫師或家庭醫學科專科醫師，須完成健康署核可之子宮頸癌篩檢採樣訓練者，或一百一十一年後經婦產科、婦癌及家庭醫學科相關專業醫學會完成子宮頸癌篩檢採樣訓練者，方得申請辦理。</p> <p>三、如為助產所，應有登記執業之專任助產人員。</p> <p>四、如為執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，得於社區巡迴服務時執行婦女人類乳突病毒檢測採樣。</p> <p>五、檢測實驗室應取得財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會(CAP)或台灣病理學會之分子病理實驗室之認證證明文件。若認證項目未涵蓋人類乳突病毒項目之檢測實驗室，需於1年內提供參加能力試驗的證明，並於3年內完成人類乳突病毒項目認證。</p>	<p>一、特約醫事服務機構應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師，並由前述人員執行採檢。</p> <p>二、在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科專科醫師或家庭醫學科專科醫師，須完成健康署核可之子宮頸癌篩檢採樣訓練者，或一百一十一年後經婦產科、婦癌及家庭醫學科相關專業醫學會完成子宮頸癌篩檢採樣訓練者，並由前述人員執行採檢。</p> <p>三、如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員，並由前述人員執行採檢。</p> <p>四、社區巡迴服務時，執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，得執行採檢。</p>

其他應配合事項：

- 一、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理。
- 二、衛生局應每月將執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，有執行社區巡迴服務檢測之名單，依格式上傳健康署指定系統。
- 三、特約醫事服務機構採集檢體後，送交檢測實驗室完成檢驗，檢測實驗室需將結果資料回饋予提供服務之特約醫事服務機構，由提供服務之特約醫事服務機構登錄上傳至健康署指定系統。
- 四、檢體之運送需符合檢測平臺之仿單規定，且送檢及受檢單位皆須有紀錄載明簽收情況。

附表七之二 健康署婦女人類乳突病毒檢測服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
3A	IC3A	三十五歲婦女，當年一次	婦女人類乳突病毒檢測	1,400
3B	IC3B	四十五歲婦女，當年一次		
3C	IC3C	六十五歲婦女，當年一次		

備註：

一、有關性別、年齡條件及篩檢間隔條件之檢核條件如下：

(一) 性別為「女性」。

(二) 婦女人類乳突病毒檢測之年齡以「年份」做檢核條件：條件定義為「就醫年－出生年=35 或 45 或 65」。

二、不列入服務之對象：曾接受全子宮切除之婦女。

三、具有「雙子宮頸」之婦女，接受人類乳突病毒檢測，僅能採檢申報 1 筆費用。

四、符合婦女子宮頸抹片檢查對象資格者建議一併執行為原則，若子宮頸抹片檢查結果難判重做時，無須再重新執行婦女人類乳突病毒檢測。

五、HPV 檢測工具規格：通過食藥署醫療器材許可證核准之第三等級醫療器材檢測試劑，並可一次檢驗分出至少 HPV 16 型及 18 型。

六、篩檢疑似異常個案應於自婦女人類乳突病毒檢測日起 90 個日曆天(含)內，依流程完成後續確診處置。

七、預防保健服務日係指採檢體日期。

附表七之三 健康署婦女人類乳突病毒檢測服務對象資格查核、表單填寫與保存

類別	內容
服務對象資格查核	<p>一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健婦女人類乳突病毒檢測服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。</p> <p>二、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄。</p> <p>三、婦女人類乳突病毒檢測服務對象為三十五歲、四十五歲、六十五歲之女性，年齡條件定義為「就醫年－出生年=35或45或65」。</p>
表單填寫與保存	<p>一、辦理人類乳突病毒檢測服務者，應將「健康署婦女人類乳突病毒檢查紀錄結果表單」（如附表七之四）詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統。</p> <p>二、<u>為檢核檢體取樣醫事人員身分，請於上傳「健康署婦女人類乳突病毒檢測服務檢查紀錄結果表單」（如附表七之四）時，詳實登錄「檢體取樣醫事人員代號」至健康署指定之系統。</u></p>

健康署婦女人類乳突病毒檢測服務檢查紀錄結果表單

- * 國籍：①本國 ②外籍人士
 * 抹片車或社區巡迴服務：
 ①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務
 * 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 ⑥自費健康檢查
 * 無法判讀重做？①是 ②否
 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. 身分證統一編號或統一證號(外籍)：
- * 5. 電話：_____
- * 6. 教育：①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職
 ⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
- * 7. 現住址：
 縣 鄉鎮 村 路
 _____市_____市區_____里_____ (街) _____段
 _____巷 _____弄 _____號 _____樓-_____-_____
 (鄉鎮代碼)
- * 8. 戶籍住址：_____市_____市區-_____-_____
 縣 鄉鎮
 (鄉鎮代碼)

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、政策評估及其他相關目的使用。

受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

二、個案臨床資料（檢查婦女填寫）

- * 9. 最近一年使用口服避孕藥達 6 個月以上
 ①無 ②有 ③不知道/拒答
- * 10. 最近一年因更年期症狀使用荷爾蒙補充療法達 6 個月以上 ①無 ②有 ③不知道/拒答
- * 11. 請問您是否使用免疫抑制劑藥物(如類固醇、抗移植排斥藥物等) ①無 ②有 ③不知道/拒答
- * 12. 最近一年性行為時曾經使用保險套 ①無 ②有
 ③最近一年無性行為 ④不知道/拒答
- * 13. 最近一年平均每個月陰道灌洗頻率
 ①從未灌洗 ②不到 1 次 ③ 1 次 ④ 2-4 次
 ⑤至少 5 次 ⑥不知道/拒答
- * 14. 最近一年吸菸習慣(持續吸菸 6 個月以上)
 ①無 ②已戒菸 6 個月以上 ③有吸菸
- * 15. 請問您接種的 HPV 疫苗是 ①未接種 ②保蔭(2 價) ③嘉喜(4 價) ④嘉喜(9 價) ⑤不記得
- * 16. 最近一次 HPV 檢測時間 ① 1 年內 ② 1-2 年內
 ③ 2-3 年內 ④ 3 年以上 ⑤從未檢查過
- * 17. 最近一次 HPV 檢測結果 ①未感染 ②有感染
 ③不知道 ④從未檢查過

三、採檢資料（採檢醫療機構填寫）

- * 18. 採檢醫療機構：_____ (機構代碼)
 * 19. 採檢體日期：民國_____年_____月_____日
 * 20. 檢體取樣醫事人員簽名（或蓋章）：

檢體取樣醫事人員身分別：

- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師
 ③助產士 ④衛生所護理人員
 ⑤衛生所醫師(非屬①②)

- * 21. 本次是否同時進行抹片檢查：①否 ②是
 * 22. 做 HPV 檢查目的：①篩檢 ②追蹤 ③其他

四、檢驗資料（檢驗單位填寫）

- * 23. 檢驗實驗室：_____ (機構代碼)
 * 24. 檢體編號：_____
- * 25. 檢體收到日期：民國_____年_____月_____日
 * 26. 發報告日期：民國_____年_____月_____日
 * 27. 檢驗試劑
 ① Abbott RealTime HPV test
 ② BD Onclarity HPV Assay
 ③ Cobas 4800 / 6800 HPV test
 ④ CapitalBio HPV Genotyping Kit
 ⑤ DR. HPV Genotyping IVD kit
 ⑥ EASY CHIP HPV Blot
 ⑦ Roche Linear Array HPV test
 ⑧ Xpert HPV
 ⑨ Alinity m HR HPV
 ⑩ Other : _____

* 28. 檢驗結果

①可判讀

1. HR HPV

①陰性

- ①陽性 16 18 31 33 35 39
45 51 52 56 58 59
66 68 18/45
非 16/18 之不分型
不分型

2. 非 HR HPV

①陰性

- ①陽性 6 11 40 42 43 44
54 61 70 72 82
不分型

②未檢測

3. 其他型別

①陰性

- ①陽性(請填型別)：____、____、____
 _____、____、____

②未檢測

②無法判讀

* 檢驗者(請簽名及填寫代碼)