**婦女乳房攝影檢查表**

**支付方式：**■預防保健 □健保醫療給付 □其他公務預算補助 □其他

**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:台中縣烏日鄉衛生所**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 縣和平 鄉 梨山村 街 路 巷  區鎮 里 中興路 四 段 弄 73 號 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：□ 不識字； □ 小學； □ 國（初）中； 高中專科； □ 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.最近二年內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.) | □ (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 |
| □ (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.) | □ (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。