

衛生福利部國民健康署
大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌篩檢
疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務

115年1月修訂

壹、目的

為提高衛生福利部（下稱衛福部）預防保健服務之大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌篩檢（以下稱「癌症篩檢」）疑似異常個案，進一步完成診斷，透過本服務之追蹤管理及提升醫療院所診斷品質，建立以篩檢疑似異常個案為中心之主動追蹤管理模式，期能提升篩檢效益、早期治療及增進治療效率，降低罹癌風險與減少晚期癌症發生。

貳、參與計畫醫療院所資格

- 一、可辦理衛福部預防保健服務之癌症篩檢服務之全民健康保險特約醫事服務機構。
- 二、可辦理衛福部癌症篩檢結果為陽性或疑似異常個案進一步確定診斷之全民健康保險特約醫事服務機構。

參、收案條件

接受衛福部預防保健癌症篩檢服務且符合下列各癌別之條件者：

一、大腸癌

45歲至74歲，或具大腸癌家族史之40歲至44歲者，經定量免疫法糞便潛血檢查（2年1次）結果為陽性。

二、子宮頸癌

（一）30歲以上婦女，經子宮頸抹片檢查（1年1次）抹片判讀結果為非典型腺體細胞病變(AGC)或高度鱗狀上皮細胞病變(HSIL)以上者（抹片結果編碼為5, 8-13, 15-18）。

（二）25至29歲婦女，經子宮頸抹片檢查（3年1次）抹片判讀結果為非典型腺體細胞病變(AGC)或高度鱗狀上皮細胞病變(HSIL)以上者（抹片結果編碼為5, 8-13, 15-18）。

三、乳癌

40歲至74歲之婦女，經乳房 X 光攝影檢查結果（2年1次）為 Category 0(需附加其他影像檢查再評估)、4(可疑異常須考慮組織生檢)以及 5(高度疑似乳癌，須採取適當措施)者。

四、肺癌

具肺癌家族史之45歲至74歲男性或40歲至74歲女性，或50歲至74歲吸菸史達20包-年以上，仍在吸菸或戒菸未達15年之重度吸菸者，經低

劑量電腦斷層檢查（2年1次）結果為 Category3(有結節但可能為良性)、4A、4B、4X(有異常結節)，並經胸腔專科醫師評估須進行3個月、6個月檢查追蹤或須進行確診程序者。

肆、服務內容

一、篩檢結果為疑似異常個案之追蹤管理：由原篩檢醫事服務機構執行。

(一)大腸癌

1. 執行項目：

- (1)對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、大腸鏡檢查之準備與注意事項。
- (2)確立診斷之轉介或轉診服務:與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台或紙本轉診提供跨院轉診服務；如透過健保電子轉診平台，轉診目的請選「A.轉介其他試辦計畫或方案-癌症治療品質改善計畫-癌別」。如以紙本開立轉診單者，轉診目的請填「6.其他：癌症治療品質改善計畫-癌別」，其相關文件請以電子檔留存。
- (3)追蹤並填報個案大腸鏡確立診斷及處置結果。

2. 追蹤管理結果之填報方式：

- (1)依據「確診醫事服務機構」通知之確診結果，填寫「定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單一個案確診結果」（如附表1），並上傳至國民健康署（下稱健康署）「癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統」（以下稱癌整系統）。
- (2)前開結果上傳資料可由原篩檢醫事服務機構委託之合作檢驗機構辦理。

3. 執行期限：

- (1)自個案接受定量免疫法糞便潛血檢查檢驗日起：
 - A. 30個日曆天（含）內完成個案轉診，以健保電子轉診平台或紙本轉診單開單日期為認定標準。
 - B. 90個日曆天（含）內完成個案大腸鏡確立診斷之追蹤。
- (2)自確診醫事服務機構完成大腸鏡隔日起21個日曆天（含）內，完成追蹤管理結果之填報。

(二)子宮頸癌

1. 執行項目：

- (1)對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、切片之準備與注意事項。
- (2)確立診斷之轉介或轉診服務:與個案溝通就醫意向，並提供

同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台或紙本轉診提供跨院轉診服務；如透過健保電子轉診平台，轉診目的請選「A.轉介其他試辦計畫或方案-癌症治療品質改善計畫-癌別」。如以紙本開立轉診單者，轉診目的請填「6.其他：癌症治療品質改善計畫-癌別」，其相關文件請以電子檔留存。

備註：如抹片採樣單位為助產所，其轉介資訊請上癌整系統填報，相關期限規範同執行期限。

(3)追蹤個案完成切片確診。

2. 追蹤管理結果之填報：無。

3. 執行期限：自抹片採檢日起：

(1)30個日曆天(含)內完成個案轉診，以健保電子轉診平台或紙本轉診單開單日期為認定標準。

(2)90個日曆天(含)內完成個案切片確立診斷之追蹤。

(三)乳癌

1. 執行項目：

(1)對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、複檢/確診之準備與注意事項。

(2)確立診斷之轉介或轉診服務：與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台或紙本轉診提供跨院轉診服務；如透過健保電子轉診平台，轉診目的請選「A.轉介其他試辦計畫或方案-癌症治療品質改善計畫-癌別」。如以紙本開立轉診單者，轉診目的請填「6.其他：癌症治療品質改善計畫-癌別」，其相關文件請以電子檔留存。

(3)追蹤個案完成複檢或確立診斷結果。

2. 追蹤管理結果之填報：無。

3. 執行期限：自乳房攝影日起

(1)30個日曆天(含)內完成個案轉診，以健保電子轉診平台或紙本轉診單開單日期為認定標準。

(2)60個日曆天(含)內，完成個案複檢或確立診斷之追蹤。

(四)肺癌

1. 執行項目：

(1)對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、追蹤檢查或切片確立診斷之準備與注意事項。

- (2) 確立診斷之轉介或轉診服務：與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台或紙本轉診提供跨院轉診服務；如透過健保電子轉診平台，轉診目的請選「A. 轉介其他試辦計畫或方案-癌症治療品質改善計畫-癌別」。如以紙本開立轉診單者，轉診目的請填「6. 其他：癌症治療品質改善計畫-癌別」，其相關文件請以電子檔留存。
 - (3) 追蹤個案完成接受檢查追蹤或確立診斷程序。
2. 追蹤管理結果之填報：無。
 3. 執行期限：
 - (1) 自攝影檢測日起42個日曆天(含)內，完成影像檢查評估結果。
 - (2) 若個案經胸腔專科醫師評估結果為：
 - A. 「3個月後檢查追蹤」：自攝影檢測日起120個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。
 - B. 「6個月後檢查追蹤」：自攝影檢測日起210個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。
 - (3) 若個案經胸腔內科或胸腔外科醫師評估結果為「需進行確診程序」，或前開檢查追蹤結果為「需進行確診程序」，自評估或檢查結果日起90個日曆天(含)完成確診程序。

二、提升癌症確診品質管理：由接受轉診醫事服務機構執行。

(一) 大腸癌

1. 執行項目：
 - (1) 自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、個案知悉同意(含提供原篩檢醫事服務機構確診結果)、大腸鏡檢查注意事項及排程(含提供合適之清腸劑)。
 - (2) 上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果。
2. 確立診斷：須完成大腸鏡檢查及處置；如發現病灶如息肉等而無處置者，應於病歷敘明理由。
3. 上傳報告：上傳「定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單—大腸鏡確診結果」(如附表2)至癌整系統。
4. 執行期限：
 - (1) 自個案接受定量免疫法糞便潛血檢查檢驗日起90個日曆天(含)內，完成大腸鏡檢查並確立診斷及處置。
 - (2) 大腸鏡檢查完成隔日起21個日曆天(含)內，完成上傳報告。

- (3)大腸鏡檢查完成隔日起21個日曆天(含)內，通知原篩檢特約醫事服務機構個案確立診斷及處置結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦請於期限內通知原篩檢單位。

(二)子宮頸癌

1. 執行項目：

- (1)自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意(含提供原篩檢醫事服務機構確診結果)、切片確診注意事項及切片確立診斷。
- (2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果。

2. 確立診斷：完成切片確診(含病理切片結果)。

3. 上傳報告：上傳「子宮頸(陰道)切片個案資料登記表」(含病理組織切片結果，如附表3)至癌整系統。

4. 執行期限：

- (1)自抹片採檢日起90個日曆天(含)內，完成切片確立診斷。
- (2)自切片確立診斷隔日起21個日曆天(含)內，完成上傳報告。
- (3)自切片確立診斷隔日起21個日曆天(含)內，通知原篩檢醫事服務機構個案確立診斷結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦請於期限內通知原篩檢單位。

(三)乳癌

1. 執行項目：

- (1)自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意(含提供原篩檢醫事服務機構確診結果)、複檢、切片確立診斷等程序之安排。
- (2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果。

2. 確立診斷：

- (1) X光攝影檢查結果為 Category 0者：進行複檢；複檢結果為 Category 1、2、3者，予以結案。
- (2) X光攝影檢查結果為 Category 4、5，或 Category 0複檢結果為 Category 4、5者：進行檢查、切片，以確立診斷。

3. 上傳報告：上傳「婦女乳房 X光攝影檢查服務疑似異常個案追蹤表」(如附表4)至癌整系統。

4. 執行期限：

- (1)自乳房攝影日起，60個日曆天(含)內，完成複檢或確立診斷。

- (2)自複檢或確立診斷隔日起21個日曆天(含)內，完成報告上傳。
- (3)自切片確立診斷隔日起21個日曆天(含)內，通知原篩檢醫事服務機構個案確立診斷結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦請於期限內通知原篩檢單位。

(四)肺癌

1. 執行項目：

- (1)自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意(含提供原篩檢醫事服務機構檢查追蹤或確診結果)、檢查追蹤及切片檢查等程序之安排。
- (2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構檢查追蹤或確立診斷結果。

2. 確立診斷：

- (1)經胸腔專科醫師評估結果為「3個月後檢查追蹤」或「6個月後檢查追蹤」者：完成第1次追蹤(透過CT等方式觀察結節或肺部變化情形)，且第1次追蹤結果無須進行確診程序。
- (2)經胸腔專科醫師評估結果為「需進行確診程序」或第1次追蹤結果為「需進行確診程序」者：完成切片或細胞學診斷等確立診斷之檢查。

3. 上傳報告：上傳「胸部低劑量電腦斷層檢查服務疑似異常個案追蹤表」(如附表5)至癌整系統。

4. 執行期限：

(1)檢查追蹤或確立診斷：

- A. 若評估為「3個月後檢查追蹤」者：自攝影檢測日起120個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。
- B. 若評估為「6個月後檢查追蹤」者：自攝影檢測日起210個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。
- C. 若評估為「需進行確診程序」，或前開檢查追蹤結果為「需進行確診程序」：自評估或檢查結果日起90個日曆天(含)內，完成確立診斷之檢查。

(2)自追蹤或確立診斷隔日起21個日曆天(含)內，完成報告上傳。

- (3)自追蹤或確立診斷隔日起21個日曆天(含)內，通知原篩檢醫事服務機構個案檢查追蹤或確立診斷結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦請於期限內通知原篩檢單位。

伍、申報項目及申報標準(詳附件二之一)

- 一、醫事服務機構須對個案提供符合本服務內容後，始得申報本標準項目。

- 二、每一個案須有「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」二項申報編號者，方得分別支付「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」。
- 三、每一個案同一癌別週期，不得重複申報本標準。
 - (一) 大腸癌：執行期限內首筆完成追蹤管理結果及確診報告上傳者。
 - (二) 子宮頸癌：執行期限內首筆完成確診報告上傳者。
 - (三) 乳癌：執行期限內完成複檢或確診報告上傳者。
 - (四) 肺癌：執行期限內完成檢查追蹤或確診檢查報告上傳者。

陸、費用申報、核付與申復

一、費用申報

(一) 特約醫事服務機構門診醫療服務點數之清單段欄位填報：

1. 案件分類填報「A3」，特定治療項目代號依癌別填報如下：

- (1) 大腸癌：申報 P7701C，填報「HM:大腸癌追蹤管理」；申報 P7709C 填報「HN:大腸癌診斷品質管理」。
- (2) 子宮頸癌：申報 P7704C 者，填報「HR:子宮頸癌追蹤管理」；申報 P7711C 者，填報「HS:子宮頸癌診斷品質管理」。
- (3) 乳癌：申報 P7705C、P7706C 者填報「HT:乳癌追蹤管理」；申報 P7712C、P7713C 者，填報「HW:乳癌診斷品質管理」。
- (4) 肺癌：申報 P7707B、P7708B 者，填報「HX:肺癌追蹤管理」；申報 P7714B、P7715B 者，填報「HY:肺癌診斷品質管理」。

2. 就醫序號：請填報「ICC4」。

3. 部分負擔代號：請填報「009(其他規定免部分負擔者)」。

(二) 特約醫事服務機構門診醫療服務點數之醫令段欄位填報：

- 1. 申報 P7701C-P7708B，醫令類別填報「G」，支付點數填報「0」，「執行時間」填報「篩檢日期」。
- 2. 申報 P7709C-P7715B，醫令類別填報「G」，支付點數填報「0」，「執行時間」填報「確診及處置執行日期」。

二、費用核付

健保署定期提供特約醫事服務機構申報資料予健康署，健康署依據院所服務內容實際執行情形予以核定，並定期將核定清冊送健保署，由健保署代為撥付本服務費用予特約醫事服務機構。

三、費用申復

特約醫事服務機構參照全民健康保險費用申報予核付及醫療服務審查辦法規定辦理申復，由健保署轉請健康署複查並回復，以1次為限。

柒、附則

- 一、本服務經費來源由健康署預算支應，不列入健保總額預算。
- 二、本服務所訂之各項給付費用，如與其他公務預算支應之計畫，屬同一事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。經查證有重複之情事，不予受理費用申請或追回已核付之款項。
- 三、特約醫事服務機構辦理本服務，經查有費用申報不實，費用申報與病歷記載或服務提供不符，服務對象資格不符或未簽署相關同意書，未記載、登錄檢查紀錄結果等各項文件表單或內容虛偽不實，或有不正當方法招攬服務對象之情事或其他違反醫療相關法規者，健康署不予核付費用，並追扣已核付之費用。
- 四、基於個人資料保護及資訊安全，舉凡個人資料，特約醫事服務機構及其受僱人必須遵守個人資料保護法及其施行細則規定等相關法令，對所有個案資料負完全且永久保密責任。特約醫事服務機構應落實保密及內控機制，並自行監督。特約醫事服務機構蒐集、處理或利用個人資料者，應於執行本服務範圍、期間內為之；若違反資訊安全、個人資料保護法等相關規定，應由特約醫事服務機構自負相關法律責任。
- 五、特約醫事服務機構如與接受本服務者發生醫療糾紛，應由特約醫事服務機構自行負責。

附件二之一

大腸癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌篩檢疑似異常個案追蹤暨確診品質管理服務
申報項目及申報標準

編號	申報項目	核付費用
	追蹤管理費	
P7701C	-大腸癌	800
P7704C	-子宮頸癌	800
	-乳癌	
P7705C	--Category 4、5	800
P7706C	--Category 0	400
	-肺癌	
P7707B	--Category 3、4A、4B/4X 經評估需進行確診程序	800
P7708B	--Category 3、4A、4B、4X 經評估 需進行3個月或6個月檢查追蹤	400
	註：由原篩檢醫事服務機構申報	
	診斷品質管理費	
P7709C	-大腸癌_大腸鏡確診	1,700
P7711C	-子宮頸癌_切片確診	1,200
	-乳癌	
P7712C	--確診及複診後確診	1,700
P7713C	--複檢後為 Category1、2、3 予以結案	1,200
	-肺癌	
P7714B	--確診或檢查追蹤後確診	1,700
P7715B	--完成第1次檢查追蹤予以結案	1,200
	註：由接受原篩檢醫事服務機構轉診(或轉介)之確診 醫事服務機構申報	

附表1

健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單 個案確診結果

115年1月修訂

基本資料

姓名：_____

出生日期：民國____年____月____日

身分證統一編號/統一證號(外籍)：_____

檢查醫療院所名稱代碼：_____，門診日期：民國____年____月____日。

個案確診結果

1. 前項檢查陽性個案於檢查後三個月內有沒有接受後續確診？①沒有；②有。
2. 沒有接受確診理由為：①無法聯繫，②出國，③搬家，④死亡，⑤拒做，⑥其他_____。
3. 確診醫療院所名稱及代碼：_____，確診日期：民國____年____月____日。
4. 檢查方法：①大腸鏡，②其他_____。
5. 診斷：①正常，②痔瘡，③潰瘍性大腸炎，④瘻肉，⑤大腸癌，⑥其他_____。
*如有瘻肉，瘻肉有無切除：①未切除，②已完全切除，③未完全切除。

※本表由原篩檢醫事服務機構依據接受轉診之確診醫事服務機構通知確診結果上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。可委請通過健康署認可的醫事檢驗機構辦理本項檢驗與資料上傳。

附表2

健康署定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單

大腸鏡確診結果

115年1月修訂

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行大腸鏡確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。
 ※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。

個人基本資料：身分證字號：_____；性別：①男 ②女

姓名：_____

出生年月日：民國____年____月____日；年齡：_____

診斷：①痔瘡，②潰瘍性大腸炎，③瘻肉，④大腸癌，⑤其他_____。

大腸鏡檢醫事機構代碼(必要)：_____

病歷號碼(必要)：_____

大腸鏡檢檢查日期(必要)：民國____年____月____日

檢查醫師姓名(必要)：_____

檢查醫師科別(必要)：①消化內科 ②大腸直腸外科 ③消化外科**時間登錄(24小時制)：**

檢查開始時間：____時____分____秒

檢查至盲腸時間：____時____分____秒

檢查結束時間：____時____分____秒

大腸鏡伸入位置(Insertion level)最深位置(必要)：

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ⑩ 末端迴腸(Terminal ileum) | <input type="checkbox"/> ⑪ 盲腸(Cecum) | <input type="checkbox"/> ⑫ 升結腸(Ascending colon) |
| <input type="checkbox"/> ⑬ 肝彎(Hepatic flexure) | <input type="checkbox"/> ⑭ 橫結腸(Transverse colon) | <input type="checkbox"/> ⑮ 脾彎(Splenic flexure) |
| <input type="checkbox"/> ⑯ 降結腸(Descending colon) | <input type="checkbox"/> ⑰ 乙狀結腸(Sigmoid colon) | <input type="checkbox"/> ⑱ 直腸(Rectum) |
| <input type="checkbox"/> ⑲ 外科手術接合處(Anastomosis) | <input type="checkbox"/> ⑲ 肛門口(Anus) | |

檢查前用藥(Premedication)(必要)：止痙攣藥物：①無 ②有止痛鎮靜藥物：①無 ②有**清腸用藥(Colon cleansing agent)(必要)：(可複選)**

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ① PEG-ELS 類 | <input type="checkbox"/> ② Phosphosoda 類 | <input type="checkbox"/> ③ Magnesium citrate 類 | <input type="checkbox"/> ④ Castor oil |
| <input type="checkbox"/> ⑤ Dulcolax | <input type="checkbox"/> ⑥ Enema | <input type="checkbox"/> ⑦ 其他_____ | |

清腸給藥時間(Preparation time)：① Morning single dose ② Evening single dose ③ Split dose**清腸程度(Colon cleansing level)(必要)：**① 良好(Excellent) ② 適當(Good) ③ 尚可(Fair) ④ 不良(Poor)**抗凝血藥物(Anti platelet/Coagulant)：**① 無 ② 有 ③ 不知道(或不清楚吃何藥)**大腸鏡檢後併發症(Complication)(必要)：(可複選)**

- | | | | |
|--------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ① Nil | <input type="checkbox"/> ② Significant bleeding | <input type="checkbox"/> ③ Perforation | <input type="checkbox"/> ④ Cardiopulmonary complication |
| <input type="checkbox"/> ⑤ 其他 | | | |

檢體總數(必要)：_____顆

息肉切除：① 未切除 ② 已完全切除 ③ 未全數切除，尚餘_____顆 ④ 息肉未完整切除有無使用人工智慧輔助偵測系統(CADe)：① 無 ② 有

臨床診斷(內視鏡診斷)結果(必要)：(請逐顆登錄)

<input type="checkbox"/> Ⓐ 正常	<input type="checkbox"/> Ⓜ Negative finding <input type="checkbox"/> Ⓝ Negative finding in the observable segments <input type="checkbox"/> Ⓞ Poor preparation
<input type="checkbox"/> Ⓑ 痔瘡	<input type="checkbox"/> Ⓟ External hemorrhoids <input type="checkbox"/> Ⓠ Mixed hemorrhoids <input type="checkbox"/> Ⓡ Internal hemorrhoids
<input type="checkbox"/> Ⓒ 增生性息肉	<input type="checkbox"/> Ⓢ Hyperplastic polyp
<input type="checkbox"/> Ⓓ 腺瘤性息肉	<input type="checkbox"/> Ⓣ Tubular adenoma <input type="checkbox"/> Ⓤ Tubulovillous adenoma <input type="checkbox"/> Ⓥ Villous adenoma <input type="checkbox"/> Ⓦ Post-treatment residual neoplasm
<input type="checkbox"/> Ⓔ 鋸齒狀病變和 息肉	<input type="checkbox"/> Ⓧ Hyperplastic polyp <input type="checkbox"/> Ⓨ Sessile serrated lesion <input type="checkbox"/> Ⓩ Traditional serrated adenoma
<input type="checkbox"/> Ⓕ 其他息肉	<input type="checkbox"/> ⓐ Inflammatory polyp <input type="checkbox"/> ⓑ Juvenile polyp <input type="checkbox"/> ⓓ Peutz-Jeghers syndrome <input type="checkbox"/> ⓔ Colon polyposis, familial <input type="checkbox"/> ⓕ Colon polyposis
<input type="checkbox"/> Ⓖ 疑似惡性腫瘤	<input type="checkbox"/> Ⓦ Early colorectal cancer <input type="checkbox"/> ⓞ Advanced colorectal cancer
<input type="checkbox"/> Ⓗ 其他腫瘤	<input type="checkbox"/> Ⓡ Submucosal tumor <input type="checkbox"/> Ⓢ Neuroendocrine tumor <input type="checkbox"/> Ⓣ Lipoma <input type="checkbox"/> Ⓤ Lymphoma <input type="checkbox"/> Ⓥ Lymphangioma
<input type="checkbox"/> Ⓛ 發炎/潰瘍	<input type="checkbox"/> Ⓛ Colitis <input type="checkbox"/> Ⓜ Non-specific colitis <input type="checkbox"/> Ⓨ Ischemic colitis <input type="checkbox"/> Ⓩ Infectious colitis <input type="checkbox"/> ⓐ Amebic colitis <input type="checkbox"/> ⓑ Ulcerative colitis <input type="checkbox"/> ⓓ Radiation colitis <input type="checkbox"/> ⓔ Pseudo-membranous colitis <input type="checkbox"/> ⓕ Drug-induced colitis <input type="checkbox"/> ⓖ Cytomegalovirus colitis <input type="checkbox"/> ⓗ GVHD-related colitis <input type="checkbox"/> Ⓣ Crohn's disease <input type="checkbox"/> Ⓤ Colonic ulcer <input type="checkbox"/> Ⓥ Bechet's disease <input type="checkbox"/> Ⓦ Proctitis <input type="checkbox"/> Ⓧ Hemorrhagic colitis <input type="checkbox"/> Ⓨ Colitis aphthosa
<input type="checkbox"/> Ⓜ 其他異常	<input type="checkbox"/> Ⓛ Colonic diverticulum <input type="checkbox"/> Ⓜ Colonic diverticulosis <input type="checkbox"/> Ⓨ Melanosis coli <input type="checkbox"/> ⓐ Xanthoma <input type="checkbox"/> ⓑ S/P partial colectomy <input type="checkbox"/> ⓓ S/P left hemicolectomy <input type="checkbox"/> ⓔ S/P right hemicolectomy <input type="checkbox"/> ⓕ Situs inversus <input type="checkbox"/> ⓖ Colonic wall cyst <input type="checkbox"/> ⓗ Angiodysplasia (angiectasia) <input type="checkbox"/> Ⓣ Lymphoid follicles <input type="checkbox"/> Ⓤ Operation scar <input type="checkbox"/> Ⓥ Suture granuloma <input type="checkbox"/> Ⓦ Petechia <input type="checkbox"/> Ⓧ Colonic tuberculosis <input type="checkbox"/> Ⓨ Amyloidosis <input type="checkbox"/> Ⓩ Megacolon <input type="checkbox"/> ⓐ Rectal varices <input type="checkbox"/> ⓑ Mucosa prolapse <input type="checkbox"/> ⓓ Intussusception <input type="checkbox"/> ⓔ Colon fistula <input type="checkbox"/> ⓕ Post endoscopy treatment scar <input type="checkbox"/> ⓖ Colonic stricture
<input type="checkbox"/> Ⓨ 其他診斷	請填寫說明(必要)：_____

第 N 個病灶處位置(必要)：

- Ⓛ 末端迴腸(Terminal ileum) Ⓜ 迴盲瓣(ICV) Ⓨ 盲腸(Cecum) Ⓩ 升結腸(Ascending colon)
ⓐ 肝彎(Hepatic flexure) ⓑ 橫結腸(Transverse colon) ⓓ 脾彎(Splenic flexure)
ⓔ 降結腸(Descending colon) ⓕ 乙狀結腸(Sigmoid colon)
ⓖ 直腸乙狀結腸接合處(Rectosigmoid junction(RSJ)) ⓗ 直腸(Rectum)
Ⓣ 外科手術接合處(Anastomosis) Ⓤ 肛門口(Anus)
Ⓥ 位置不明(若位置不明，請登記病灶距離肛門口公分)

- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「Ⓛ 正常」者，病灶處位置無需填寫
- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「Ⓑ 痔瘡」或「Ⓗ 其他腫瘤」或「Ⓛ 發炎/潰瘍」或「Ⓜ 其他異常」或「Ⓨ 其他診斷」，病灶處處置及未處置(Nil)原因可不填寫
- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「Ⓓ 腺瘤性息肉」或「Ⓔ 鋸齒狀病變」或「Ⓕ 其他息肉」或「Ⓖ 疑似惡性腫瘤」，病灶處處置及未處置時未處置(Nil)原因必填

第 N 個病灶處處置(必要)：(可複選)

- Ⓛ Nil(未處置) Ⓜ S/p biopsy Ⓨ S/p hot snare polypectomy Ⓩ S/p cold snare polypectomy
ⓐ S/P hot EMR(Endoscopic mucosal resection)
ⓑ S/P cold EMR(Endoscopic mucosal resection) ⓓ S/p ESD (Endoscopic submucosal dissection)
ⓔ S/p hemostasis ⓕ S/p biopsy and removal ⓖ S/p hot biopsy and removal ⓗ S/p hemoclipping

臨床診斷(內視鏡診斷)結果(必要)：(請逐顆登錄)

- ⑨S/p tattooing ⑩S/p stenting
⑪S/p endolooping ⑬S/p EPMR (Endoscopic piecemeal mucosal resection)
⑭APC (argon plasma coagulation) ⑨⑨Other(其他處置) _____

第 N 個病灶處未處置(Nil)原因(必要)：(可複選)

- a) Use of anti-platelet or anti-coagulant
b) Unexpected trouble during management (cardiopulmonary event, other complication, mechanical trouble, etc.)
c) Difficulty in management (will resect at another session of colonoscopy)
d) Difficulty in management (refer to other hospital)
e) Difficulty in management (refer for surgery)
f) Consent not obtained from the patient
g) Patient's schedule does not match (will resect at another session of colonoscopy)
z) Others _____

- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「④正常」者，病灶處處置及未處置(Nil)原因**無需填寫**
- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「⑥痔瘡」或「⑩其他腫瘤」或「①發炎/潰瘍」或「①其他異常」或「⑧其他診斷」，病灶處處置及未處置(Nil)原因**可不填寫**
- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「③腺瘤性息肉」或「①鋸齒狀病變」或「⑥其他息肉」或「③疑似惡性腫瘤」，病灶處處置及未處置時未處置(Nil)原因**必填**

第 N 個病灶處有無檢體(必要)：

- ①無檢體 ②有檢體(無檢體以下無需填寫)

檢體大小(內視鏡下大小)： _____ 公分(小數點1位)

檢體編號： _____ (以 A 到 Z 呈現，區分每一檢體)

- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「④正常」者，有無檢體**無需填寫**
- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「⑥痔瘡」或「⑩其他腫瘤」或「①發炎/潰瘍」或「①其他異常」或「⑧其他診斷」，病灶處處置及未處置(Nil)原因**可不填寫**
- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「③腺瘤性息肉」或「①鋸齒狀病變」或「⑥其他息肉」或「③疑似惡性腫瘤」，病灶處處置及未處置時未處置(Nil)原因**必填**

註1：若病灶不只一個，請再自行增加欄位。

註2：若無病灶完全正常者，至少應附8張照片(盲腸、升結腸、肝彎曲、橫結腸、脾彎曲、降結腸、乙狀結腸、直腸)；若有病灶，應附病灶照片(照片無須上傳，留於醫院存查)。

註3：清腸程度

- (1)良好(Excellent)：僅有少量的清澈糞水，且95%以上的腸道黏膜可被清楚觀察。
- (2)適當(Good)：較多量的清澈糞水佔據小於25%的黏膜，且90%以上的腸道黏膜可被清楚觀察。
- (3)尚可(Fair)：半固體的糞便可被清除，清洗後90%以上的腸道黏膜可被清楚觀察。
- (4)不良(Poor)：半固體的糞便無法被清除，且不到90%的腸道黏膜可被清楚觀察。

註4：併發症 Significant bleeding 息肉切除後發生出血情形

- (1)中度(Moderate)：達輸血治療者。
- (2)重度(Severe)：接受介入性治療者，例如：經血管攝影栓塞、外科手術等。

病理機構代碼：_____

病理報告日期(民國____年____月____日)

檢體編號： (以 A 到 Z 呈現，區分每一檢體)

檢體病理報告：(請逐顆登錄)

① Normal / mucosal tag

② Adenomatous polyp:

- (a) Tubular adenoma
- (b) Tubulovillous adenoma
- (c) Villous adenoma

High-grade dysplasia in adenoma

- ① Not identified
- ① Present

③ Serrated lesion and polyp:

- (a) Hyperplastic polyp
- (b) Sessile serrated lesion
- (b2) Sessile serrated lesion with dysplasia
- (c) Traditional serrated adenoma
- (d) Unclassified serrated adenoma

④ Carcinoma:

※若為 S/p hot snare polypectomy/
S/p cold snare polypectomy/
S/P hot EMR(Endoscopic mucosal resection)/
S/P cold EMR(Endoscopic mucosal resection)/
則需填寫 C，若 C 為 ① Adequate 則 D-G 必填。

A Histological type:

- (a) Adenocarcinoma, no specific subtype
- (b) Mucinous adenocarcinoma
- (c) Signet-ring cell carcinoma
- (d) Medullary carcinoma
- (e) Serrated adenocarcinoma
- (f) Micropapillary adenocarcinoma
- (g) Adenoma-like adenocarcinoma
- (h) Adenosquamous carcinoma
- (i) Carcinoma with sarcomatoid components
- (j) Undifferentiated carcinoma

B Histological grade

- (a) Gx
- (b) Low-grade
- (c) High-grade

C Mismatch repair (MMR) Deficiency

- (a) Positive (Loss of expression of MMR proteins)
- (b) Negative (Preserved MMR protein expression)
- (c) Not be Assessed

D Specimen adequate for evaluation of histological markers

- (a) Adequate
- (b) Inadequate

原因:

- ① fragmentation
- ② extensive cauterization
- ③ poor orientation

E Depth of invasion (a至c需擇一填報)

- (a) Intramucosal carcinoma
- (b) Polypoid lesion: Haggitt's classification level
 - ① 1
 - ② 2
 - ③ 3
 - ④ 4

檢體病理報告：(請逐顆登錄)

	<input type="checkbox"/> ⑤ Not be Assessed <input type="checkbox"/> ⑥ Sessile lesion (Submucosal invasion) <input type="checkbox"/> ① ≤1mm <input type="checkbox"/> ② >1mm <input type="checkbox"/> ③ Not be Assessed F Angiolymphatic invasion <input type="checkbox"/> ① not identified <input type="checkbox"/> ② present <input type="checkbox"/> ③ Not be Assessed G Margins <input type="checkbox"/> ① Involved <input type="checkbox"/> ② Uninvolved but ≤1mm in distance <input type="checkbox"/> ③ Uninvolved and >1mm in distance <input type="checkbox"/> ④ Not be Assessed H Tumor budding <input type="checkbox"/> ① Bd1 (low): 0-4 buds <input type="checkbox"/> ② Bd2 (intermediate): 5-9 buds <input type="checkbox"/> ③ Bd3: (high): >+10 buds <input type="checkbox"/> ④ Not be assessed
<input type="checkbox"/> ⑤ Neuroendocrine neoplasm :	<input type="checkbox"/> ① Neuroendocrine tumor <input type="checkbox"/> ② Gx <input type="checkbox"/> ③ G1 <input type="checkbox"/> ④ G2 <input type="checkbox"/> ⑤ G3 <input type="checkbox"/> ⑥ Large cell neuroendocrine carcinoma <input type="checkbox"/> ⑦ Small cell neuroendocrine carcinoma <input type="checkbox"/> ⑧ Mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN)
<input type="checkbox"/> ⑥ Haematolymphoid tumor :	<input type="checkbox"/> ① B-cell lymphoma <input type="checkbox"/> ② T-cell and NK-cell lymphoma <input type="checkbox"/> ③ Others
<input type="checkbox"/> ⑦ Hamartomatous polyp :	<input type="checkbox"/> ① Juvenile polyp/retention polyp <input type="checkbox"/> ② Peutz-Jeghers polyp
<input type="checkbox"/> ⑧ Inflammatory polyp/Prolapse-type polyp :	
<input type="checkbox"/> ⑨ Colitis	
<input type="checkbox"/> ⑩ Other	請填寫說明(必要)： _____

附表3

健康署子宮頸（陰道）切片個案資料登記表

115年1月修訂

1. 個案姓名：_____		
2. 出生日期：民國_____年_____月_____日		
3. 身分證統一編號或統一證號：□□□□□□□□□□		
4. 切片病理編號：_____		
5. 切片採檢機構：_____		
6. 切片判讀機構：_____		
7. 切片日期：民國_____年_____月_____日		
8. 切片報告日期：民國_____年_____月_____日		
9. 病歷號：_____		
10. 國籍別： <input type="checkbox"/> 1本國人士 <input type="checkbox"/> 2外籍人士		
11. 病理組織部位：(同筆切片可分子宮內頸及外頸：填04、05)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
01子宮頸 04子宮內頸 05子宮外頸	組織部位1	組織部位2
02陰道（備註：子宮頸全切除者申報陰道切片）		
03子宮內膜		
12. 手術方式：	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
01全切除，例如：ATH, VTH, LAVH, radical hysterectomy, trachelectomy, vaginectomy 或其他方式	手術方式1	手術方式2
02圓錐切片，例如：leep, conization, wedge resection 或其他方式		
03小切片，例如：punch, polypectomy, biopsy 或其他方式		
04子宮頸管搔刮術（Endocervical curettage, ECC）		
05子宮內膜搔刮術（Dilatation and curettage, D&C）		
說明：部位為子宮頸，手術方式可選填01、02、03、04		
部位為子宮內頸，手術方式可選填01、02、03、04		
部位為子宮外頸，手術方式可選填01、02、03		
部位為內膜，手術方式可選填01、05		
部位為陰道，手術方式可選填01、03		
13. 子宮頸（陰道）病理組織切片結果（或診斷病名）：	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 Unremarkable cervical epithelium（no pathological change, no pathological diagnosis）	切片結果1	切片結果2
01 Benign epithelial lesion（Benign tumor, Inflammatory & reactive changes, myoma）		
02 Mild dysplasia（Flat condyloma; CIN1; LSIL; VaIN1）		
03 Moderate dysplasia（CIN2; HSIL; VaIN2）		
04 Severe dysplasia（Carcinoma in situ; CIN3, HSIL, VaIN3）		
05 Squamous cell carcinoma		
06 Atypical glandular hyperplasia and dysplasia		
07 Adenocarcinoma in situ		
08 Adenocarcinoma		
09 Adenosquamous carcinoma		
10 Carcinoma（NOS, or other specific type）		
11 Mesenchymal tumor, benign		
12 Mesenchymal tumor, malignant		
14 Squamous cell atypia / ASCUS		
15 Dysplasia, Severity can not be determinated		
88 Inadequate specimen		
99 Others：_____	Others1	Others2

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行切片確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。
 ※本服務應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。

健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

個人基本資料 (攝影醫院填寫)									
姓名		身分證統一編號							
		統一證號 (外籍)							
出生日期	民國___年___月___日 年齡：___歲	聯絡資訊	電話：() 手機：						
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□□ 縣 市鄉 村 路 段 巷 號 市 區鎮 里 街 弄 樓								
乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)									
醫院名稱		醫事機構代碼							
攝影日期	民國___年___月___日	攝影判讀日期	民國___年___月___日						
攝影檢查結果	<input type="checkbox"/> (Category 0) 需附加其他影像檢查再評估 <input type="checkbox"/> (Category 3) 可能是良性發現一須短期追蹤檢查 (六至十二個月)				<input type="checkbox"/> (Category 4) 可疑異常須考慮組織生檢 <input type="checkbox"/> A. Low suspicion <input type="checkbox"/> B. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (Category 5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施				
追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料)									
乳房 X 光攝影檢查結果為 (Category 0、3) 之複檢結果 (確診或確診及治療醫院填寫)									
複檢醫院名稱		醫事機構代碼							
複檢日期	民國___年___月___日								
複檢主治醫師姓名									
複檢方式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 診斷性乳房 X 光攝影檢查； <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> 乳房磁振造影檢查； <input type="checkbox"/> 其他複檢方式：				該項複檢方式檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現一須短期追蹤檢查(6至12個月) <input type="checkbox"/> (4) 可疑異常須考慮組織生檢。 <input type="checkbox"/> A. Low <input type="checkbox"/> B. Moderate <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施。				
乳房 X 光攝影檢查結果為 (4)、(5) 及複檢後結果為 (4)、(5) 之確診檢查結果 (負責確診或治療之醫療院所填寫)									
確診醫院名稱		醫事機構代碼							
確診日期	民國___年___月___日		確定診斷	<input type="checkbox"/> 非乳癌； <input type="checkbox"/> 乳癌。					
確診主治醫師姓名									
確診方式 (可複選)	病理診斷	<input type="checkbox"/> 細針抽吸； <input type="checkbox"/> 粗針穿刺； <input type="checkbox"/> 鈎針定位； <input type="checkbox"/> 立體定位穿刺； <input type="checkbox"/> 手術切片檢查							
	臨床診斷	<input type="checkbox"/> 超音波； <input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影； <input type="checkbox"/> MRI； <input type="checkbox"/> 其他： 臨床診斷檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現-須短期追蹤檢查 (6至12個月)。							
手術	<input type="checkbox"/> 無，原因： <input type="checkbox"/> 拒絕手術； <input type="checkbox"/> 腫瘤轉移； <input type="checkbox"/> 中醫療法； <input type="checkbox"/> 其他 (請說明理由)。 <input type="checkbox"/> 有：日期民國___年___月___日； 手術醫院名稱：_____ 醫事機構代碼：_____，主治醫師：_____。								
<input type="checkbox"/> 非手術切片病理結果 (局部淋巴結欄位可不填) <input type="checkbox"/> 手術切片病理結果 (以上皆須附病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)	分級 (Grade) <input type="checkbox"/> 腺管原位癌 (DCIS) <input type="checkbox"/> 侵襲性癌 (Invasive carcinoma) <input type="checkbox"/> 其他惡性腫瘤 (非乳腺癌)							
	腫瘤大小 (Size)	_____ x _____ x _____ cm							
	局部淋巴結 (Regional LN)	_____/_____/_____ (Positive nodes/Total nodes)							
	病理分期 (Pathological Stage)	T: _____ N: _____ M: _____ S: _____							
癌症治療 (可複選)	有進行 <input type="checkbox"/> 放射線治療、 <input type="checkbox"/> 化學治療、 <input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療、 <input type="checkbox"/> 標靶治療、 <input type="checkbox"/> 免疫治療 治療日期：民國___年___月___日； 治療醫院名稱：_____，醫事機構代碼：_____，主治醫師：_____。								<input type="checkbox"/> 未治療

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行複檢或確診診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。
 ※本服務應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。

附表5

健康署胸部低劑量電腦斷層檢查服務疑似異常個案追蹤表

114年4月

個案基本資料 (攝影醫院填寫)									
姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號					
				統一證號 (外籍)					
出生日期	民國____年____月____日 年齡：____歲	聯絡資訊			電話：() 手機：				
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣 市 鄉 村 路 段 巷 號 市 區 鎮 里 街 弄 樓								
低劑量電腦斷層攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)									
醫院名稱				醫事機構代碼					
攝影日期	民國____年____月____日	攝影判讀日期			民國____年____月____日				
LDCT 攝影檢查結果	Lung-RADS v2022 Category <input type="checkbox"/> 3 ; <input type="checkbox"/> 4A; <input type="checkbox"/> 4B; <input type="checkbox"/> 4X								
低劑量電腦斷層攝影檢查評估結果 (攝影醫院填寫)									
評估醫師				評估日期	民國____年____月____日				
胸腔專科醫師評估依據及結果	<input type="checkbox"/> 應重作胸部低劑量電腦斷層檢查 <input type="checkbox"/> 每2年定期胸部低劑量電腦斷層檢查 <input type="checkbox"/> 6個月後檢查追蹤 <input type="checkbox"/> 3個月後檢查追蹤 <input type="checkbox"/> 需進行確診程序								
重作或3/6個月後檢查追蹤結果 (追蹤醫院填寫)									
追蹤醫院名稱				醫事機構代碼					
追蹤日期	民國____年____月____日								
重作或追蹤之評估依據及結果	<input type="checkbox"/> 每2年定期胸部低劑量電腦斷層檢查 <input type="checkbox"/> 1年後檢查追蹤 <input type="checkbox"/> 6個月後檢查追蹤 <input type="checkbox"/> 3個月後檢查追蹤 <input type="checkbox"/> 需進行確診程序			檢查追蹤係指經過一段時間後，另外進行 CT、LDCT 等檢查(不包括胸部 X 光)，以觀察結節變化情形，再據以評估後續處置建議。 再次檢視原篩檢之 LDCT 影像，「非」檢查追蹤。					
肺癌篩檢疑似異常個案之確診檢查結果 (確診及治療醫院填寫)									
確診及治療醫院名稱				醫事機構代碼					
確診程序執行日期	民國____年____月____日	確定診斷			<input type="checkbox"/> 非肺癌； <input type="checkbox"/> 肺癌				
確診方式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 手術切除或切片； <input type="checkbox"/> 電腦斷層指引切片； <input type="checkbox"/> 支氣管鏡檢查切片； <input type="checkbox"/> 超音波檢查切片； <input type="checkbox"/> 細胞學診斷 (含 bronchial washing/ brushing、胸水、痰液等)； <input type="checkbox"/> 其他_____								
非肺癌個案診斷 (可複選)	<input type="checkbox"/> 感染及發炎； <input type="checkbox"/> 肺結核； <input type="checkbox"/> 纖維化； <input type="checkbox"/> 塵肺病； <input type="checkbox"/> COPD； <input type="checkbox"/> 支氣管疾病； <input type="checkbox"/> AAH (Atypical adenomatous hyperplasia)； <input type="checkbox"/> 轉移性腫瘤(原發部位_____)； <input type="checkbox"/> 不明； <input type="checkbox"/> 良性； <input type="checkbox"/> 良性腫瘤； <input type="checkbox"/> 其他_____ (請填 ICD 碼，若無，則補充說明)								
非肺癌個案處置(可複選)	<input type="checkbox"/> 手術切除； <input type="checkbox"/> 追蹤； <input type="checkbox"/> 藥物治療； <input type="checkbox"/> 其他_____ (請補充說明)								
組織學分類(Histology type)	<input type="checkbox"/> 肺腺癌； <input type="checkbox"/> 鱗狀細胞肺癌； <input type="checkbox"/> 神經內分泌細胞肺癌； <input type="checkbox"/> 小細胞肺癌； <input type="checkbox"/> 其他_____								
手術切除治療情形及手術病理結果 (須具病理診斷報告)	<input type="checkbox"/> 無，原因： <input type="checkbox"/> 拒絕手術； <input type="checkbox"/> 經評估不適合手術； <input type="checkbox"/> 其他_____ (請說明理由) <input type="checkbox"/> 有，日期：民國____年____月____日；主治醫師_____								
	腫瘍大小(Size)			_____ mm × _____ mm × _____ mm					
	病理分期(Pathological Stage)			T: _____ N: _____ M: _____ Stage: _____ <small>請依據 AJCC 第9版規則填報</small> 小細胞肺癌或無手術病理結果者，請填臨床分期 Stage: _____					
其他癌症治療 (可複選)	<input type="checkbox"/> 放射線治療； <input type="checkbox"/> 化學治療； <input type="checkbox"/> 標靶治療； <input type="checkbox"/> 免疫治療； <input type="checkbox"/> 局部消融治療 治療日期：民國____年____月____日，主治醫師_____							<input type="checkbox"/> 未治療	
	治療醫院名稱：_____，醫事機構代碼：_____								

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行追蹤或確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。
 ※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。