

子宮がん検診記録票 (頸部・体部)

受診者の方は、太枠の部分のみご記入ください

*該当項目に○印をつけてください。

住所		TEL	() -
フリガナ		生年月日	大正 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 (満 歳) 年 月 日
氏名			・50歳以上 ・50歳未満

問診票 (あてはまるところに記入または○印を付けて下さい。)

- 結婚は ①未婚 ②既婚
- 月経は ①最終月経 年 月 日より 日間、順 (日型)、不順、
②閉経 () 歳
- 妊娠・分娩は ①妊娠 (回) ②普通分娩 (回) ③帝王切開 (回) ④妊娠中 (カ月)
⑤流産又は分娩後 (日目) ⑥前回妊娠からの年数 (年)
- 現在医師の治療は ①受けていない ②受けている (病名)
- 現在ホルモン剤の使用は ①ない ②ある (種類 期間)
- 現在子宮内避妊器具使用は ①ない ②ある (期間)
- 子宮内膜搔爬術 (流産・中絶含) を1ヶ月以内に受けたことが ①ない ②ある
- 今までに大きな病気をしたことが ①ない ②ある (病名)
- 今までに手術したことが ①ない ②ある (手術名)
- 過去6ヵ月以内の不正性器出血が ①ない ②ある (閉経後出血・接触出血・過多月経・不規則月経
一時的な少量月経・褐色帯下)
- 前回の検診は 年 月 日 (結果)

※産婦人科の病気は必ず記入

臨床所見	1. 膣部びらん 2. 頸管炎 3. ポリープ 4. 膣炎 5. 子宮筋腫疑い 6. 付属器腫瘍疑い 7. 付属器炎疑い 8. 閉経後出血 9. 月経異常 10. 更年期出血 11. 外陰部異常 12. その他 () 13. 所見なし
	臨床的指示 (ただちに・1ヵ月後・3ヵ月後・6ヵ月後)

採取部位	V (Vagina) C (Cervix) E (Endocervix) EM (Endometrium) S (Stump) P (Pool) 子宮腔長 削除	<input type="checkbox"/> イトサト <input type="checkbox"/> 吸引法 <input type="checkbox"/> エンドサーチ <input type="checkbox"/> ブラシ法 <input type="checkbox"/> 採取不能	標本作成法 <input type="checkbox"/> 直接塗抹法 <input type="checkbox"/> 液状検体法 採取器具 <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> へら <input type="checkbox"/> 綿棒 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--	--	--

体部	体部細胞診実施の理由 : 最近6ヶ月以内に <input type="checkbox"/> 不正出血 (一過性の少量出血・閉経後出血等) <input type="checkbox"/> 月経異常 (過多月経、閉経後出血等) <input type="checkbox"/> 褐色帯下
----	--

判定	頸部 (ベセスダ システム判定) :
	体部 : 陰性 ・ 擬陽性 ・ 陽性 ・ 判定不能
	指示区分
	頸部 : 1 異常を認めず 2 要精密検査 3 再検査
	体部 : 1 異常を認めず 2 要精密検査 3 再検査

コメント	トリコモナス・真菌類・雑菌・ヘルペス ・その他 ()
------	--------------------------------

検査中・検査後の重篤な偶発症	無・有 (具体的内容) ※精検中または精検後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症 (入院を要する者に限る。) の有無及びその内容について記載して下さい。
----------------	---

子宮がん検診精密検査依頼書兼結果通知書

平成 年 月 日

精密検査医療機関 御中

医療機関名

TEL

本書持参の方は、子宮がん検診（子宮頸部・子宮体部）の結果、精密検査が必要と指示いたしました。ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診くださるようお願い申し上げます。

なお、下欄により結果通知書にご記入の上、お手数をおかけいたしますが様式7-2および3を当院へご返送くださるよう併せてお願い申し上げます。

フリガナ 氏名		生年月日	T・S・H 年 月 日生（ 歳）
細胞診結果		市町村名	
参考事項	検診年月日 年 月 日		

1. 精密検査結果（組織診の分類は「地域保健・健康増進事業報告」の項目をもとに作成しています。）

組織診															
異常認めず	頸部						体部								
	がんであった者	がんのうちの 原発性	がんのうちの 微小浸潤がん	原発性のうち 原発性のがん	CIN3 または AIS	CIN2	CIN1	腺異形成	がんの疑いの ある者または 未確定	がん及び異形成 以外の疾患で あった者	がん		がんの疑いの ある者	がん以外の 疾患	内臓増殖症 うち
原発性											続発性				

その他（病名）

2. 指示事項

ア. 経過観察が必要（1カ月後・3カ月後・6カ月後・1年後再診）

イ. 治療が必要（要手術・要通院・服薬・その他）

① 当院で治療

② 他の医療機関への受診を指示 紹介先医療機関名

3. 精検中・精検後の重篤な偶発症

無 ・ 有（具体的内容： ）

※精検中または精検後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症（入院を要する者に限る。）の有無及びその内容について記載して下さい（例：組織採取中の多量出血、検査後の骨盤内感染症等）。

4. その他の参考事項

5. 精検受診日 平成 年 月 日

医療機関名

医師名