

奈良県子宮頸がん検診実施要領

1. 目的

子宮がんは、早期発見・早期治療を行えばほとんどが治癒する疾患である。これを早期に発見し、早期治療に結びつけることは、子宮がんの予防対策上、重要な課題である。市町村は、子宮がんの早期発見、早期治療のために子宮がん検診を積極的に実施し、子宮がんの正しい知識の普及を図り、住民の健康水準の向上に寄与するものとする。

2. 実施主体

実施主体は、市町村とする。

市町村は、医師会、検査機関、保健所、その他関係機関の協力を得て実施するものとする。

3. 対象者

当該市町村の区域内に居住地を有する20歳以上の女性。なお、受診を特に推奨する者を20歳以上69歳以下の者とする。対象者のうち、受診を特に推奨する者に該当しない者であっても、受診の機会を提供するよう留意すること。

4. 受診回数

隔年（2年に1回）

前年度受診しなかった者に対しては、積極的に受診勧奨を行うとともに、受診機会はず必ず毎年度設けることとする。

5. 検診項目及び各検診項目における留意点

検診項目は、問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診を行う。なお、コルポスコープ検査が必要な場合は、保険診療により対応する。

- (1) 問診は、子宮がん検診記録票（様式2）に基づき、不正性器出血等の現在の症状、月経及び分娩・妊娠等に関する事項、子宮頸部病変の既往歴、家族歴、過去の検診受診状況等を聴取する。
- (2) 視診は、膣鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察する。
- (3) 子宮頸部の細胞診
 - ①細胞診については、直視下に子宮頸管及び膣部表面の全面擦過により細胞を採取し、迅速に処理（固定等）した後、パパニコロウ染色を行い顕微鏡下で観察する。
 - ②検体の顕微鏡検査は、十分な経験を有する医師及び臨床検査技師を有する専門的検査機関において行う。この場合において、医師及び臨床検査技師は、公益社団法人日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医、及び細胞検査士であることが望ましい。
 - ③細胞診の結果は、ベセスダシステムを用い、適正・不適正のいずれかに分類する。また下表に基づき、精密検査の必要性の有無を決定し、速やかに検査を依頼した者

に通知する。なお、検体が不適正であった場合には、再度子宮頸部の細胞診を行う。判定後の検体は、少なくとも5年間保存しなければならない。

<ベセスダ分類の結果と取り扱い>

ベセスダ分類	結果	取り扱い
NILM	陰性	2年に1回定期細胞診
ASC-US	意義不明な異型扁平上皮細胞	直ちに精密検査可能医療機関に紹介する。
ASC-H	HSILを除外できない異型扁平上皮細胞	
LSIL	軽度扁平上皮内病変	
HSIL	高度扁平上皮内病変	
SCC	扁平上皮癌	
AGC	異型腺細胞	
AIS	上皮内腺癌	
Adenocarcinoma	腺癌	
Other malig	その他の悪性腫瘍	
不適		再細胞診

(4) 内診は、双合診を実施する。

6. 実施方法

(1) 事前準備

市町村は、あらかじめその地域の子宮がん発見の現状や対象者の把握を行い、保健所、地区医師会、検診実施機関等と十分連携を図るものとする。

(2) 対象者の把握等

市町村は、過去の受診結果を踏まえ、対象者の把握に努め、未受診者に対する受診勧奨等検診の効率化を図るものとする。

※子宮がん検診のためのチェックリスト【市区町村用】参照

「検診対象者・受診者の情報管理」参照

7. 検診方法

(1) 受診票の交付

市町村は、検診を希望する者に検診方法を説明し、子宮がん検診医療機関受診票（様式1）を交付し、子宮がん検診医療機関受診受付名簿（様式5）を作成する。

なお、集団検診は、子宮がん集団検診受診者名簿（兼）結果通知書（様式8）を作成する。

(2) 検診方法

検診実施機関は、子宮がん検診医療機関受診票（様式1）を受理し、検診を実施する。また、検診の子宮頸部細胞診の結果が、ベセスダ分類の不適であった場合、医療機関は、再検査の実施について知らせ、再検査と明記した子宮がん検診医療機関受診票等（様式1～4）を用いて子宮頸部細胞診の再検査を実施する。

集団検診は、受診者が記入した子宮がん集団検診記録票（様式9）に基づき検診

を実施する。

(3) 報告及び請求

検診実施機関は、検診結果を子宮がん検診記録票（様式3）に記入の上、市町村へ送付するとともに、子宮がん検診委託料請求書（様式4）によって検診料金を市町村に請求する。

検診の結果については、精密検査の必要性の有無を付し、検診実施機関が受診者に速やかに知らせる。

集団検診では、集団検診機関が検診結果通知を子宮がん集団検診受診者名簿（兼）結果通知書（様式8）及び子宮がん集団検診記録票（様式9）により市町村に報告する。市町村は、受診者に結果通知及び事後指導を行う。

(4) 精密検査を要する受診者

精密検査が必要と判断された受診者について、検診実施機関及び集団検診機関は、子宮頸がん検診精密検査依頼書兼結果通知書（様式7）により、精密検査医療機関に精密検査を依頼する。

精密検査医療機関は、子宮がん頸検診精密検査依頼書兼結果通知書（様式7）によって精密検査結果を検診実施機関及び集団検診機関に報告する。

市町村への精密検査結果報告は、検診実施医療機関及び集団検診機関が行う。

市町村は、精密検査未受診者への受診勧奨に際しては、検診実施機関に紹介するとともに、不安を与えぬよう十分配慮し、適切な指導を行う。また精密検査結果を整理するとともに、未報告分については、精密検査実施医療機関に照会する。なお、精密検査医療機関及び検診実施機関は、市町村が事後状況調査を行うにあたって協力するものとする。

(5) 記録の整備

検診の記録は、氏名、年齢、住所、過去の検診受診状況、細胞診の結果、子宮頸部病変の精密検査の必要性の有無等を記録するものとする。

また、受診指導の記録に併せて整理するほか、必要に応じて個人票を作成し、治療の状況等を記録するものとする。

(6) 報告

市町村は、子宮がん検診記録票（様式3）、子宮がん集団検診記録票（様式9）に基づき、子宮がん検診医療機関受診受付名簿（様式5）及び子宮がん集団検診受診者名簿（兼）結果通知書（様式8）を整理するとともに要精検者については、子宮がん検診要精検者名簿（様式6）の結果に基づいて、市町村がん検診結果報告書総括表様式を作成し、毎年6月末までに速報値を、12月末までに確定値を管轄保健所に提出するものとする（中核市は県疾病対策課に直接提出）。

県保健所は、管内市町村の市町村がん検診結果報告書総括表様式のデータを取りまとめ、毎年7月末までに速報値を、1月末までに県疾病対策課に提出するものとする。

8. 精度管理

- (1) 検診実施機関については、国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の「事業評価のためのチェックリスト【検診実施機関用】」を満たしていることを基本とする。

- (2) その他、精度管理については、奈良県市町村がん検診精度管理要領によるものとする。

9. 検診料金等

- (1) 検診料金等は、市町村と検診実施機関（又は検診実施機関をとりまとめる地区医師会等）との契約に定めるところによるものとする。
- (2) 精密検査の費用については、受診者が精密検査医療機関に所定の料金を支払う。（医療保険扱い）

10. 個人情報の保護

この検診により業務を担当したすべての関係者は、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）」等の関係法令及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成29年4月14日付け個情第534号・医政発0414第6号・薬生発0414第1号・老発0414第1号個人情報保護委員会事務局長、厚生労働省医政局長、厚生労働省医薬・生活衛生局長、厚生労働省老健局長通知）等に留意し、検査結果の取扱い等の秘密保持に努めなければならない。

11. その他

- (1) 子宮体部の細胞診を実施する場合の留意点

① 対象者

子宮頸がん検診の問診の結果、最近6カ月以内に、不正性器出血（一過性の少量の出血、閉経後出血等）、月経異常（過多月経、不規則月経等）、褐色帯下のいずれかの症状を有していたことが判明した者に対しては、子宮体がんの有症状者である疑いがあることから、第一選択として、十分な安全管理の下で多様な検査を実施できる医療機関への受診を勧奨する。

ただし、子宮頸がん検診と併せて子宮体部の細胞診（子宮内膜細胞診）を実施することについて本人が同意する場合には、子宮頸部の細胞診に引き続き子宮体部の細胞診を行う。

② 問診の留意点

問診時に聴取する不正性器出血は、いわゆる不正出血、閉経後出血、不規則月経、下着に付着した染み程度の赤色斑点（スポットティング）、一次的な少量の出血及び褐色帯下等出血に起因するすべての状態を含み、問診の際には、このような状態を正しく把握するよう留意する。

③ 細胞採取の留意点

子宮体部の細胞診においては、吸引法又は擦過法によって、子宮内膜細胞を採取するが、対象者は、主として更年期又は更年期以後の女性であることから、子宮頸管が狭くなっていること等を考慮し、吸引法及び擦過法の両器具を準備しておくことが望ましい。

また、検診車等で実施する場合であって、吸引法又は擦過法のいずれかの方法を用いても器具の挿入ができないときは、速やかに医療機関を受診するよう指導するとともに、医療機関における細胞診の結果等の把握に努める。

(2) 指導区分

原則として、子宮体部の細胞診の判定結果が「疑陽性」及び「陽性」の者は、「要精検」とし、「陰性」の者は、その他の臨床症状を総合的に判断して精密検査受診の要否を決定するが、精密検査受診の必要がない場合は、「精検不要」とし、受診者に、速やかにそれぞれの区分に対応した内容の通知及び指導を行う。

①「要精検」に区分された者

医療機関において精密検査を受診するように指導する。

②「精検不要」と区分された者

日常生活において不正性器出血等に注意するよう指導する。

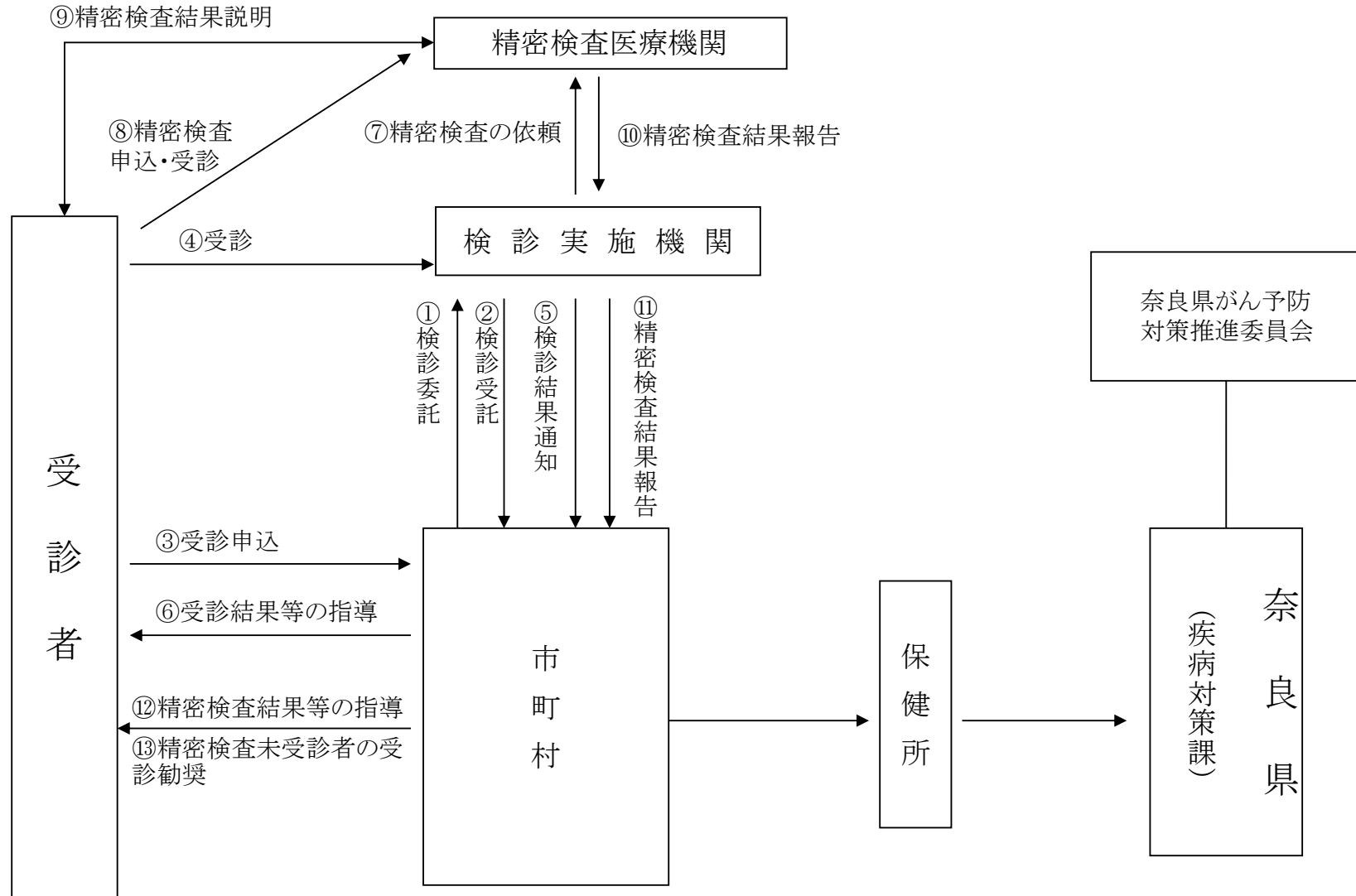
(附則)

改正後の要領は、令和4年4月1日より適用とする。

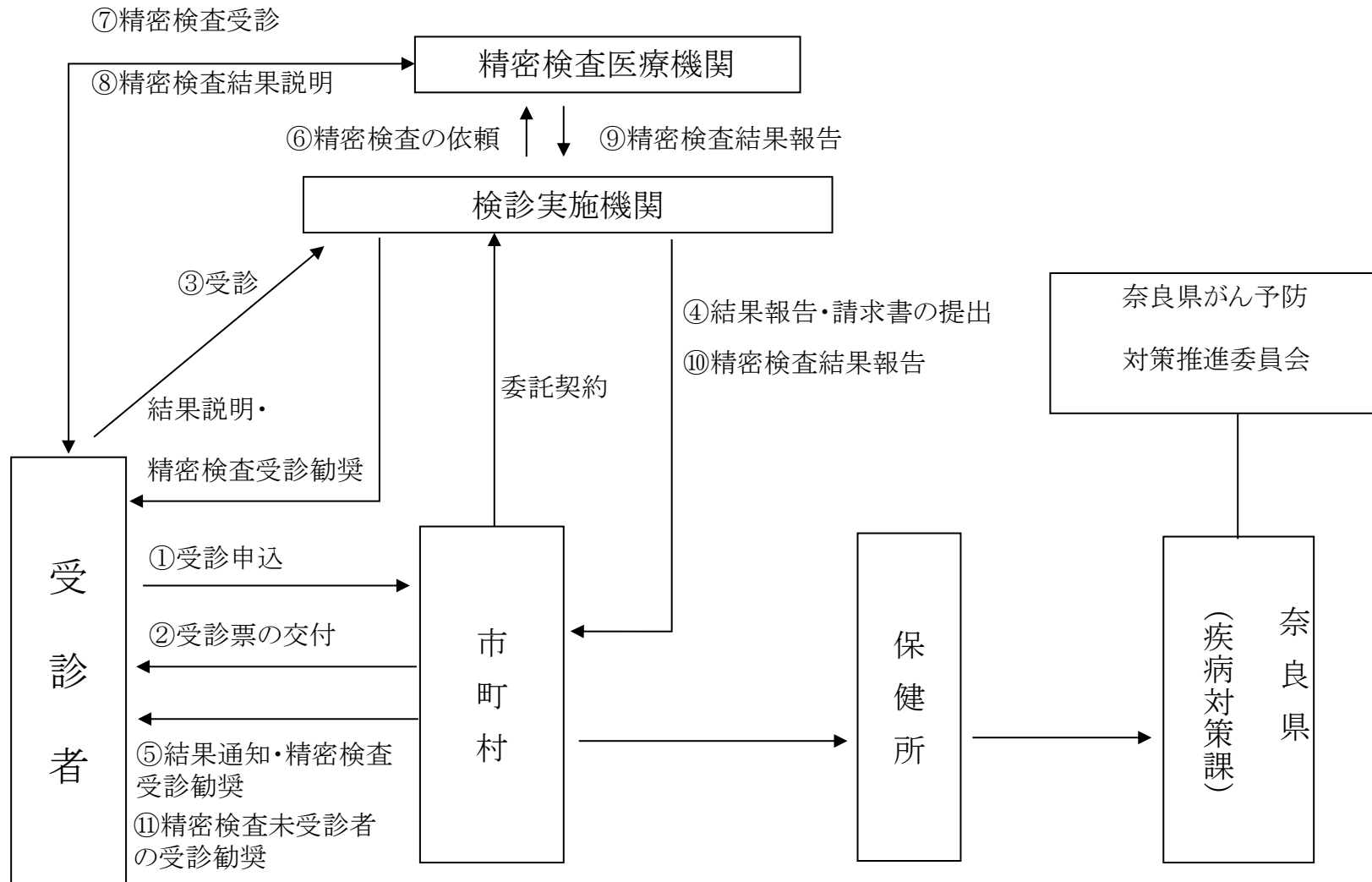
改正経緯

平成4年5月1日制定
平成8年4月1日一部改正
平成10年4月1日一部改正
平成12年4月1日一部改正
平成14年4月1日一部改正
平成16年4月1日一部改正
平成17年4月1日一部改正
平成18年4月1日一部改正
平成19年4月1日一部改正
平成20年4月1日一部改正
平成22年4月1日一部改正
平成23年4月1日一部改正
平成24年4月1日一部改正
平成25年4月1日一部改正
平成26年4月1日一部改正
平成27年4月1日一部改正
平成30年4月1日一部改正
平成31年4月1日一部改正
令和3年12月10日一部改正

子宮がん検診フローチャート(集団検診)



子宮がん検診フローチャート(個別検診)



受診者番号

有効期限

年 月末

子宮がん検診医療機関受診票

委託医療機関の長 殿

住所		TEL () -
フリガナ 氏 名		生年 月 日
		(満 年 月 日) 50歳以上 50歳未満

上記の者の子宮がん検診を依頼いたします。

年 月 日

実施市町村

所在地
市町村長名

破線の下に下敷きを入れて記入してください。

受診される方は次のことに注意して下さい

1. この受診票は本人以外は使用できません。
2. 検診にかかる自己負担金は、子宮頸部検診の場合は 円
子宮頸部・体部検診の場合は 円となります。
3. この受診票を、受診する産婦人科の窓口へ提出して下さい。
4. 子宮頸部検診は、受診者全てについて行われます。
5. 子宮体部検診は、医師が必要と認めた場合に行われます。
6. 受診結果については、指示された日に、受診された産婦人科でお聞き下さい。
7. 健康保険は、受診の結果、他の疾患がある場合に必要となりますので、必ず持参して下さい。
8. 生理期間中の方は、終わってから受診して下さい。

受診者番号

子宮がん検診記録票 (頸部・体部)

* 該当項目に○印をつけてください。

所在地		採取月日	年 月 日	
医療機関名		細胞診 検査機関	受付月日	年 月 日
医師名			受付番号	

受診者の方は太ワクの部分のみご記入下さい

住所		TEL	() -
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			(満 歳)

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)
- 子宮内膜掻爬術(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)	<input type="checkbox"/> インドサイト <input type="checkbox"/> 吸引法 <input type="checkbox"/> インドサーチ <input type="checkbox"/> ブラシ法	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()
	標準の種類		

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(パセグ分類) ※該当するものに○印をつけて下さい。 ※網掛け部分は精検対象者を示しています。											
	<table border="1"> <tr> <td>細胞診</td> <td>不適 (判定不能)</td> <td>NILM</td> <td>ASC-US</td> <td>ASC-H</td> <td>L-SIL</td> <td>H-SIL</td> <td>SCC</td> <td>AGC</td> <td>AIS</td> <td>Adenoca</td> <td>Other</td> </tr> </table> 体部 : 陰性・疑陽性・陽性・判定不能	細胞診	不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	L-SIL	H-SIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca
細胞診	不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	L-SIL	H-SIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other	

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) ※検診中または検診後、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。
----------------	---

受診者番号

子宮がん検診記録票 (頸部・体部)

* 該当項目に○印をつけてください。

報告者	所在地		採取月日	年 月 日	
	医療機関名		細胞診 検査機関	受付月日	年 月 日
	医師名			受付番号	

住所		TEL	() -
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			(満 歳)

市町村長 殿

年 月 日

先般受診された子宮がん検診の結果については、下記のとおりです。

- 現在のところ子宮がん (頸部・体部) の疑いはありません。
- 精密検査の必要があります。
 当院で精密検査を受診するよう勧奨しました。
 他院 () で精密検査を受診するよう勧奨しました。
- 不適・判定不能 (頸部・体部) です。

※ベセスダ不適正検体の頸部検診再検査 (1ヶ月以内) に実施する場合、(市町村) に連絡してください。

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)	標本の種類 <input type="checkbox"/> 直接塗抹法 <input type="checkbox"/> 液状検体法 <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> へら <input type="checkbox"/> 綿棒 <input type="checkbox"/> その他 ()	エンドサイト 吸引法 エンドサーチ ブラシ法	標本作成法								
	C (Cervix)			採取器具								
E (Endocervix)												
EM (Endometrium)												
S (Stump)												
P (Pool)												
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 (ベセスダ分類) ※該当するものに○印をつけて下さい。 ※網掛け部分は精検対象者を示しています。											
	細胞診	不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	L-SIL	H-SIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other
体部 : 陰性 ・ 疑陽性 ・ 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) ※検診中または検診後、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。											

受診者番号

子宮がん検診記録票 (頸部・体部)

* 該当項目に○印をつけてください。

報告者	所在地		採取月日	年 月 日	
	医療機関名		細胞診 検査機関	受付月日	年 月 日
	医師名			受付番号	

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

子宮がん検診委託料請求書

金 円也

但し、子宮がん検診の費用として

年 月 日

委託医療機関の長 殿

委託医療機関

所在地
名称
代表者名

採取部位	V (Vagina) C (Cervix) E (Endocervix) EM (Endometrium) S (Stump) P (Pool)	<ul style="list-style-type: none"> — エンドサイト — 吸引法 — エンドサーチ — ブラシ法 	標本の種類 <input type="checkbox"/> 直接塗抹法 <input type="checkbox"/> 液状検体法 <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(パセグ分類) ※該当するものに○印をつけて下さい。 ※網掛け部分は精検対象者を示しています。											
	細胞診	不適 (判定不能)	<table border="1"> <tr> <td>NILM</td> <td>ASC-US</td> <td>ASC-H</td> <td>L-SIL</td> <td>H-SIL</td> <td>SCC</td> <td>AGC</td> <td>AIS</td> <td>Adenoca</td> <td>Other</td> </tr> </table>	NILM	ASC-US	ASC-H	L-SIL	H-SIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca
NILM	ASC-US	ASC-H	L-SIL	H-SIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other			
指示区分	体部 : 陰性 ・ 疑陽性 ・ 陽性 ・ 判定不能 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) ※検診中または検診後、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。											

子宮頸がん検診精密検査依頼書兼結果通知書

年 月 日

子宮頸がん精密検査依頼書

精密検査医療機関 御中

医療機関名

TEL

本書持参の方は、子宮頸がん検診の結果、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、お手数ながら、下欄により結果通知書にご記入の上、様式7-2および3を当院へご返送くださるようお願い申し上げます。

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
検診日	年 月 日	標本状態	1.適正 2.不適正
細胞診判定 (ベセスダシステム)	1. NILM 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. AGC 7. AIS 8. SCC 9. Adeno Ca. 10. Other		
検診受診医療機関		検診医	

子宮頸がん精密検査結果通知書

1. 精密検査結果

検査結果	貴院での精密検査の有無	a. なし →2.の「他院に紹介」にご記入ください。 b. あり →下記に実施した検査についてご記入ください。
	実施したすべての検査 に○をつけてください。	1. コルポスコピー 2. 組織検査 3. 細胞診検査: 標本の状態 (a.適正 b.不適正) 結果 { 1. NILM 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. AGC 7. AIS 8. SCC 9. Adeno Ca. 10. Other } 4. HPV検査: 結果 (1.陰性 2.陽性) 5. その他の検査: 検査法 ()

診断区分(該当項目に○)

1.異常 認めず	2.子宮頸がん であった者(転移性を 含まない)	2-1. 進行度が I A期の がん	3.AISで あった 者	4.CIN3で あつ た者	5.CIN2 であつ た者	6.CIN3又は CIN2のい れかで区 別できな い者(HS IL)	7.CIN1 であつ た者	8.子宮頸がん の疑いの ある者又 は未確定 ※a ※b	9.子宮頸がん 及びAIS 及びCIN 以外の疾 患であつ た者(転 移性の子 宮頸がん を含む) ※c ※d
診断日(診断区分を決定した日)			年 月 日						

※a. コルポ診未実施の者、またはコルポ・組織診にて異常を認めないが精密検査として同時に実施した細胞診にて異常が検出された者。

(例: 検診の細胞診結果がASC-USで、精密検査としてHPV検査や細胞診のみ実施しており、コルポ診が未実施の者)

※b. 精密検査受診者のうち、精検結果が子宮頸がんの疑いある者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者は、診断区分8.に分類してください。

下記の「2.その後の処置」が、「エ.治療済み」の場合は、8.に分類せず、最終診断の区分をお書き下さい。

※c. 腺異形成は診断区分9.に分類してください。

※d. その他(病名)にお書きください。(転移性の子宮頸がんも含む)

その他(病名)

2. その後の処置

ア. なし: 次回の子宮頸がん検診へ戻す

イ. 定期的に経過観察(カ月後予定)

ウ. 治療予定 (i. 要手術 ii. その他:)

エ. 治療済み (年 月 日) ※治療済みの場合、「診断区分」には**最終診断の区分**をお書き下さい。

治療名:() 診断名:()

オ. 他院に紹介 (年 月 日) 紹介先医療機関名

3. 精検中・精検後の重篤な偶発症(入院加療を伴うもの)

無 ・ 有 (具体的内容:)

4. 記載年月日 年 月 日

医療機関名	医師名
-------	-----

様式8
子宮がん集団検診受診者名簿(兼)結果通知書

						年 月 日実施	市町村名又は事業者名						検診場所						
集検番号	氏名	生年月日	年齢	住所又は事業所名	電話番号	細胞診結果											指示区分	重篤な偶発症の有無	備考
						不適(判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		検診中/検診後	
						不適(判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other			
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能										
						不適(判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other			
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能										
						不適(判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other			
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能										
						不適(判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other			
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能										
						不適(判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other			
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能										
						不適(判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other			
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能										
						不適(判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other			
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能										
上記のとおり 名 受診したことを確認します。						検査機関住所											※検査中または検査後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症(入院を要するものに限る)の有無及びその内容について記載		
実施市町村又は事業所住所						検査機関責任者													
実施市町村又は事業所住所責任者名																			

集団検診用

様式9 (2枚複写)

- ┌ 様式9-1 (検診機関用)
- └ 様式9-2 (市町村用)

子宮がん検診記録票 (頸部)

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。

		集検日	年	月	日
住所		TEL	()	-	
フリガナ		生年月日			・50歳以上
氏名				年 月 日	
			(満 歳)		

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。)

1. 結婚は	①未婚	②既婚			
2. 月経は	①最終月経	年 月 日より	日間、順 () 日型)	不順、	
	②閉経 () 歳				
3. 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		
4. 現在医師の治療は	①受けていない	②受けている (病名			
5. 現在ホルモン剤の使用は	①ない	②ある (種類	期間		
6. 現在子宮内避妊器具使用は	①ない	②ある (期間			
7. 子宮内腔搔爬術 (流産・中絶合) を1ヶ月以内に受けたことが	①ない	②ある			
8. 今までに大きな病気をしたことが	①ない	②ある (病名			
9. 今までに手術したことが	①ない	②ある (手術名			
10. 過去6ヶ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)			
11. 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)	標本の種類 採取器具	標本作成法 <input type="checkbox"/> 直接塗抹法 <input type="checkbox"/> 液状検体法 <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> へら <input type="checkbox"/> 綿棒 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---	---------------	--

判定	頸部 (ベセスダシステム判定) : ※該当するものに○印をつけて下さい。 ※網掛け部分は精検対象者を示しています。											
	細胞診	不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	L-SIL	H-SIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other
指示区分	頸部 : 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) ※検診中または検診後、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。
----------------	---