

高浜市子宮頸がん検診票

※太枠内をご記入ください。

住 所 高浜市	町	丁目	番地
()			
氏 名	様		
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日 (歳)
電話番号	-	-	

無料クーポン券	有 ・ 無
国保利用券	有 ・ 無
自己負担額	円
宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

問 診	1) 今までに子宮頸がん検診を受けたことがありますか? なし・あり 前回()年前、その時の結果()
	2) 婦人科の病気がありますか? なし・あり()歳のとき(病名)
	3) その他の病気がありますか? なし・あり()歳のとき(病名)
	4) 手術を受けたことがありますか? なし・あり()歳のとき(病名)
	5) あなたと血のつながりのある方で、がんにかかった方はいますか? なし・あり(続柄: 病名:)
	6) 過去に性交渉の経験はありますか? なし・あり
	7) 月経について、お答えください。 初潮(歳) 閉経(歳) 最近の月経(月 日から 日間)(月経中・妊娠中) 月経は(順調・不順・月経困難・無) 結婚(歳) 妊娠(回) 分娩(回) 帝王切開(回) 最後の分娩(歳) 流産 (回)
	8) 月経以外の出血がありますか? なし・あり 色: 鮮血・うすい血・黒すんだ血・その他 量: 多量・やや多い・少量 いつから: (か月前・ 年前)から(1度だけ・時々・続いて) どんな時: 接触のあと・排便時・排尿時・自然に・その他()
	9) その他心配していること()

視診所見	内診所見
帯下 量: 多・中・少 色: 赤(出血) 褐・黄・白・無 びらん : なし ・ あり(強・中・弱)	異常なし あり()

子宮頸部細胞診結果					
細胞診の判定	陰性	要精検			判定不能
ベゼスダシステム	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL HSIL SCC AGC AIS Adenocarcinoma Other malig	
日母分類	I II	IIIa	IIIb	IV V	

総合判定			
1. 陰性			
2. 要再検査	イ) () か月後、再検査を受けてください。 ロ) 細胞診結果が判定不能であり、再検査の必要があります。		
3. 要精密検査	イ) () か月後、精密検査を受けてください。 ロ) 至急、精密検査を受けてください。		
4. その他の疾患 ()			
医療機関名 判定医師名			電 算 入

Formulário de Exame de Câncer do Colo do Útero da Cidade de Takahama

※Preencha os itens que estão dentro das bordas grossas.

Endereço: Takahama-shi

()

Nome: (Masc • Fem)

Nascimento: Ano Mês Dia (Idade)

Telefone: - -

無料クーポン券	有 ・ 無
国保利用券	有 ・ 無
自己負担額	円
宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

Questionário

- 1) Já realizou o exame de câncer do colo do útero antes?
Não • Sim Última vez()anos atrás、Resultado do exame()
- 2) Possui alguma doença ginecológica? Não • Sim ()idade (Doença)
- 3) Possui alguma outra doença? Não • Sim () idade (Doença)
- 4) Já fez alguma cirurgia? Não • Sim () idade (Doença)
- 5) Algum parente consanguíneo já sofreu de câncer? Não • Sim (Parentesco :
Doença :)
- 6) Você já teve relações sexuais no passado? Não • Sim
- 7) Sobre menstruação
Menarca(anos) Menopausa(anos)
Último ciclo (Mês Dia durante dias) (Menstruando • Grávida)
O ciclo é (Normal • Irregular • Dismenorreia • Não há) Casada (idade) Gravidez(vezes)
Parto(vezes) Cesariana (vezes) Último parto (idade) Aborto(vezes)
- 8) Há sangramento fora do período menstrual?
Não • Sim Cor : Vibrante • Claro • Escuro • Outros
Quantidade : Muito • Ligeiramente muito • Pouco
Desde quando: (meses atrás • anos atrás)
(Só uma vez • Às vezes • Sempre)
Quando : Após contato • Ao defecar • Ao urinar • Naturalmente • Outros()
- 9) Outras preocupações ()

視診所見	内診所見
帯下 量 : 多 • 中 • 少 色 : 赤 (出血) 褐 • 黄 • 白 • 無 びらん : なし • あり (強 • 中 • 弱)	 異常なし あり ()

子宮頸部細胞診結果

細胞診の判定	陰性	要精検	
ベセスダシステム	NILM	ASC-US ASC-H LSIL HSIL SCC AGC AIS Adenocarcinoma Other malig	判定不能
日母分類	I II	IIIa IIIb IV V	

総合判定

1. 陰性	
2. 要再検査	イ) () か月後、再検査を受けてください。 ロ) 細胞診結果が判定不能であり、再検査の必要があります。
3. 要精密検査	イ) () か月後、精密検査を受けてください。 ロ) 至急、精密検査を受けてください。
4. その他の疾患 ()	
医療機関名 判定医師名	電 算 入

高浜市子宮頸がん検診結果通知書

住 所 高浜市 町 丁目 番地
()
氏 名 _____ 様
生年月日 大正・昭和 年 月 日 (歳)
電話番号 - -

無料クーポン券	有 ・ 無
国保利用券	有 ・ 無
自己負担額	円
宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

子宮頸がん検診の結果は、下記の総合判定の結果の○印のとおりでしたのでお知らせします。

1. 陰性…今回の検診では異常を認めません。がんは早期のうちには自覚症状がないものが多いので、症状がなくても2年に1回は検診を受けましょう。
2. 要再検査…イ) 細胞診結果により、再検査が必要です。再検査は医療保険適応となります。
ロ) 細胞診結果が判定不能であり、再度検診を受けていただく必要があります。ご希望の場合は受診券を発行させていただきますので、健康推進グループまでお問合せください。
3. 要精密検査…この結果通知書と健康保険証・返信用封筒をお持ちのうえ、医療機関で精密検査を受けてください。
4. その他の疾患…子宮頸がんでない他の疾患を疑われますので、医療機関で診療を受けてください。

子宮頸部細胞診結果											
細胞診の判定	陰性	要精検									判定不能
ベーズダシステム	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenocarcinoma	Other malig	
日母分類	I II	IIIa IIIb IV V									
総合判定											
1. 陰性											
2. 要再検査	イ) () か月後、再検査を受けてください。 ロ) 細胞診結果が判定不能であり、再検査の必要があります。										
3. 要精密検査	イ) () か月後、精密検査を受けてください。 ロ) 至急、精密検査を受けてください。										
4. その他の疾患 ()											
医療機関名 判定医師名										電 算 入	

Notificação do Resultado do Exame de Câncer do Colo do Útero da Cidade de Takahama

Endereço: Takahama-shi				
()				
Nome: _____ (Masc • Fem)				
Nascimento:	Ano	Mês	Dia	(Idade)
Telefone:	-		-	

無料クーポン券	有 ・ 無
国保利用券	有 ・ 無
自己負担額	円
宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

Gostaríamos de informar que os resultados do exame de câncer do colo do útero é o indicado por um círculo nos resultados da avaliação geral abaixo.

1. Negativo...Nenhuma anormalidade foi detectada durante este exame. O câncer muitas vezes não apresenta sintomas em seus estágios iniciais, então mesmo que você não apresente sintomas, faça um check-up a cada dois anos.
2. Reexame necessário...イ) De acordo com os resultados da citologia, é necessário um novo exame. O reexame será coberto pelo seguro de saúde.
 □) Os resultados da citologia foram inconclusivos, então será necessário fazer um novo exame. Se desejar, emitiremos um ticket de consulta, para isso, entre em contato com o Grupo de Promoção da Saúde.
3. Exame minucioso necessário...Leve esta “notificação do resultado”, o “cartão do seguro de saúde” e o “envelope de devolução” para uma instituição médica para um exame minucioso.
4. Outra doença...Suspeitamos que tenha outra doença que não seja o câncer do colo do útero, procure tratamento médico em uma instituição médica.

Resultado do exame citológico cervical											
Diagnóstico do exame citológico	Negativo	Exame minucioso necessário									Inde termi nável
Sistema Bethesda	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenocarcinoma	Other malign	
Classificação Nichibo	I II	IIIa IIIb IV V									
Avaliação Geral											
1.Negativo											
2.Reexame necessário	㊦) Após () meses, faça um reexame. □) Um reexame será necessário pois os resultados da citologia foram inconclusivos.										
3.Exame minucioso necessário	㊦) Após () meses, faça um exame minucioso. □) Favor, faça um exame minucioso imediatamente.										
4.Outra doença ()											
Instituição médica Doutor avaliador										電 力 算 入	

診療依頼書(兼精密検査結果報告書)

医療機関様

高浜市健康推進グループ
高浜市春日町五丁目 165 番地
TEL (0566) 95-9558

本書持参の方は、子宮頸がん検診の結果、精密検査が必要と思われますのでよろしくお願い申し上げます。

つきましては、検診結果についてご教示いただきたくお手数ですが、下記の精密検査結果報告書にご記入のうえ、ご送付くださるようお願いいたします。

なお、ご送付の際には受診者持参の返信用封筒をご利用ください。

[illegible]

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

担当医師名