

# 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
ベセスダシステム	NILM	ASC-US ASC-H LSIL HSIL SCC AGC AIS Adenocarcinoma Other malign	
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
ベセスダシステム	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	



# 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ひ申し上げます。

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。

精密検査の結果	異常なし 頸がん 組織型 : <input type="checkbox"/> 扁平上皮がん <input type="checkbox"/> 腺がん <input type="checkbox"/> その他 ( ) 進行期 : I A、I B、II、III A、III B、III C、IV A、IV B <input type="checkbox"/> 原発性 <input type="checkbox"/> 転移性 上皮病変 (程度: CIN1、CIN2、CIN3) 腺上皮病変 (AIS) その他のがん ( ) その他の疾患 ( )
診断の方法 及び検査年月日	コルポスコープ 年 月 日 細胞診 年 月 日 組織診 年 月 日 ・その他 ( ) 年 月 日
診断後の処置	治療が必要 ( 外科的 ・ 内科的 ・ その他 ) 経過観察が必要 治療不要 病院へ紹介 その他 ( )
	電 算 入 力

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

担当医師名