

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

※Preencha os itens que estão dentro das bordas grossas. (Para apresentação à prefeitura)

Endereço: Takahama-shi
()

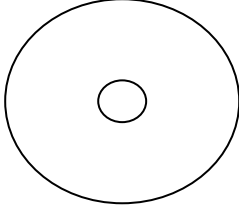
Nome: (M・F)

Nascimento: Ano Mês Dia (Idade)

Telefone: - -

Marque ☒ em uma das opções abaixo		
Cupom gratuito	0 円	
Notificação de decisão de isenção	0 円	
Seguro Nacional de Saúde (pessoas com 40 anos ou mais)	0 円	
Sistema de Assistência Médica para Idosos	600 円	
Exceto os mencionados acima	1, 200 円	

Perguntas	Você já realizou o exame de câncer do colo do útero antes?	1. Não 2. Sim ① Última consulta : Ano Mês ② Você já realizou o exame de câncer do útero oferecido pela prefeitura? ⑦ Não ① Sim (Cidade・Bairro・Vila) ③ Anormalidade na avaliação citológica ⑦ Não ① Sim (Conteúdo) ④ Realização ou não do exame combinado com HPV ⑦ Não ① Sim (Ano Mês)
	Nos últimos 6 meses, você teve sangramento fora do período menstrual?	1. Não 2. Sim ① Cor (Vibrante・Claro・Escuro・Outros) ② Quantidade (Muito・Ligeiramente muito・Pouco) ③ Desde quando: () meses atrás (Só uma vez・Às vezes・Sempre) ④ Em qual situação?: (Após relação sexual・Ao defecar・Ao urinar・Naturalmente・Outros)
	Ciclo menstrual	1. Menarca () anos de idade 2. Menopausa () anos de idade 3. ① Normal ② Irregular ③ Não há ④ Dismenorreia→Cólica menstrual (Não・Sim) ⑦ Última menstruação : Mês dia ,duração de dias、 Quantidade (Muito・Médio・Pouco) ① Grávida
	Você já teve experiência sexual?	1. Não 2. Sim
	Gravidez	1. Número de gestações (vezes) Parto vezes (Idade completa na última gravidez: anos)
	Você está utilizando medicamentos hormonais?	1. Não 2. Sim (Tipo Período)
	Você está utilizando dispositivo intrauterino (DIU)?	1. Não 2. Sim
	Você já teve alguma doença do útero?	1. Não 2. Sim ⑦ Alteração cervical ① Outro exceto alterações cervicais (Nome da doença : ① Atualmente em tratamento ② Tratamento concluído por volta de: Ano Mês)
	Você já recebeu a vacina contra o HPV?	1. Não 2. Sim : Primeira dose (Ano) Número de doses da vacinação (vezes)
	Há alguém na sua família de sangue que já teve câncer?	1. Não 2. Sim (Quem : Nome da doença :)

細胞診判定	頸部	1. 陰性 2. 要精検 3. 不適正検体 (要再検査)	
HPV 検査		1. 陰性 2. 陽性	
臨床所見判定		1. 所見なし 2. 放置可 3. 要観察 4. 要受診 5. 要治療 偶発症 (※)	
頸部	1. 綿棒 2. ブラシ 3. エンドサイト 4. サイトピック 5. ヘラ 6. その他 ()		
	1. 直接塗抹法 2. 液状検体法		
子宮腔部／コルポスコプ所見 (臨床所見)	ベゼスダシステム	標準適否 適正・不適正 (理由:)	
		陰性	1. NILM 微生物 非腫瘍性所見
		扁平上皮系異常	2. ASC-US 軽度扁平上皮内病変疑い
			3. ASC-H 高度扁平上皮内病変疑い
			4. LSIL HPV 感染 軽度異形成
			5. HSIL 中等度異形成 高度異形成 上皮内癌
		7. AGC 腺異型または腺癌疑い	
		8. AIS 上皮内腺癌	
		9. Adenocarcinoma 腺癌	
10. その他の悪性腫瘍 Other malign.			
医療機関名		総合判定医	
受診年月日		(※) 入院加療の必要な偶発症がある場合	

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、精密検査が必要と判定された方です。

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