

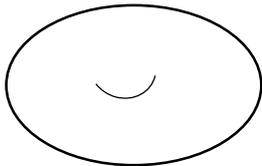
子宮がん検診受診票

◎この検診個人票はまるめたり、おりまげないようにしてください。

◎太枠内を黒のボールペンで必ず(表)記入してください。

受付番号				検診場所			
標本番号				フリガナ	大・昭・平		
氏名	年 月 日生(歳)			検診年月日	令和 年 月 日		
住所			電話			職業	世帯主
★HPVウイルス検査を希望しますか (※希望しない方は右記□にチェック) <input type="checkbox"/> 希望しない							
1 今までの検診回数は	受けたことがない			1回	2回	3回以上	
2 前回の結果は	前は()年			異常なし	異常あり		
3 血縁でがんにかかった方がいますか (祖父母、父母、兄弟姉妹)	いいえ	はい→		どなたが() どこのがん()			
4 初潮 ()歳	5 結婚 ()歳						
6 最近6ヶ月の以内の月経について	1 順調 2 不順 3 過多月経 4 月経困難 5 閉経(歳のとき)			イ 最近の月経(月 日より 日間) ロ 生理中 ハ 妊娠中(週)			
7 最近6ヶ月以内におりもの(出血を含む)がありましたか。	いいえ	はい→		(無色、白色、黄色、褐色、ピンク、血の混じったもの、潜血、その他)			
8 最近6ヶ月以内に不正器出血がありましたか	いいえ		はい				
9 性交の経験はありますか	いいえ		はい				
10 妊娠したことがありますか	いいえ		はい→		出産(回)・流産(回) 中絶(回)		
11 婦人科の病気にかかったことがありますか	いいえ		はい→		()歳のとき治療した (病名は)		
					()歳のとき手術した (病名は)		
12 不妊の手術をしていますか	いいえ		はい				
13 リングを使っていますか	いいえ		はい				
14 薬(ホルモン剤、高血圧の薬等)を飲んでいますか	いいえ		はい→		何の薬ですか ()		
15 痛みがありますか	いいえ		はい→		部位は (下腹・腰・下肢・その他)		
16 これまでにHPV検査を受けたことがありますか	いいえ		はい→		いつ受けましたか ・1年前 ・2年前 ・3年以上前		
					その結果は (1.陰性 2.陽性 3.不明)		
17 その他気になる症状がありますか	気になる症状をご記入ください			★体部がん検診 (要・不要) <small>要の場合は「子宮対岸検診記録表」に記入</small>			

子宮頸がん所見票

子宮頸がん検診所見票	1・標本種類	標本作成法	<input type="checkbox"/> 直接塗抹法 <input type="checkbox"/> 液体検体法		
		細胞採取法	<input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> その他		
	2・標本の適否	<input type="checkbox"/> 適正			
		<input type="checkbox"/> 不適正 理由:			
	3・細胞診判定	ベセスダシステム	推定病変		
		<input type="checkbox"/> 陰性(NILM)	<input type="checkbox"/> 微生物		
			<input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見		
		<input type="checkbox"/> 扁平上皮系異常			
		ASC-US	<input type="checkbox"/>	軽度扁平上皮内病変疑い	
		ASC-H	<input type="checkbox"/>	高度扁平上皮内病変疑い	
		LSIL	<input type="checkbox"/>	HPV感染	
			<input type="checkbox"/>	軽度異形成	
		HSIL	<input type="checkbox"/>	中等度異形成	
			<input type="checkbox"/>	高度異形成	
			<input type="checkbox"/>	上皮癌	
SCC		<input type="checkbox"/>	扁平上皮癌		
<input type="checkbox"/> 腺系異常およびその他の悪性腫瘍					
AGC	<input type="checkbox"/>	腺異型または腺癌疑い			
AIS	<input type="checkbox"/>	上皮内腺癌			
Adenocrcinoma	<input type="checkbox"/>	腺癌			
other malig	<input type="checkbox"/>	その他の悪性腫瘍			
細胞所見					
子宮頸部の肉眼的所見		頸がん検診判定			
	<input type="checkbox"/> びらん (+ ++ +++)	1 <input type="checkbox"/> 現在のところ異常なし			
	<input type="checkbox"/> 出血性	2 <input type="checkbox"/> 要精検			
<input type="checkbox"/> ポリープ	3 <input type="checkbox"/> 要医療				
<input type="checkbox"/> 膣炎	<input type="checkbox"/> 要再検査(ヶ月後)				
<input type="checkbox"/> ナボット	<input type="checkbox"/> 要治療	<input type="checkbox"/> びらん(+ ++ +++)			
細胞診判定(頸部・ベセスダ)	<input type="checkbox"/> 頸管裂傷	<input type="checkbox"/> ポリープ	<input type="checkbox"/> 膣炎		
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> トリコモナス膣炎	<input type="checkbox"/> カンジダ膣炎 <input type="checkbox"/> 出血性		
		<input type="checkbox"/> 頸管炎	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> その他		
		診断医			
(※HPV追加検診した場合はこちらで判定) HPV追加所見	HPVウイルス検査		<input type="checkbox"/> なし		
			<input type="checkbox"/> あり		
			<input type="checkbox"/> 陰性		
			<input type="checkbox"/> 陽性		
	HPV検査追加した場合の検査結果	細胞診結果	HPV判定	総合結果	
		異常なし	陰性	<input type="checkbox"/>	異常なし次回検診(年 月)
異常なし		陽性	<input type="checkbox"/>	HPV陽性のため1年後検診	
ASC-US		陰性	<input type="checkbox"/>	1年後検診	
異常あり	陰性又は陽性	<input type="checkbox"/>	要精密検査		
判定年月日	年 月 日	診断医			