

子宮体がん検診受診票



実施主体(市・町・村) 実施日(年 月 日)

受付 番号		標本番号		氏名		年齢	歳
不正 出 血 の 状 態	①どのような出血(おりもの)でしたか。 { 閉経後の出血 ・ 一時的な少量出血 ・ 最近月経の量が多くなった } { 不規則な月経 ・ 茶色っぽいおりもの ・ 水っぽいおりもの } { } ②いつありましたか。 (年 月 日頃) ③持続期間はどのくらいですか。 (日間くらい)						
	リングを使っていますか。 (はい ・ いいえ)			ホルモン剤を使っていますか。 (はい ・ いいえ)			
	病 歴	糖尿病	(ある ・ ない)	1か月以内の子宮内膜搔爬術 (ある ・ ない)			
		高血圧	(ある ・ ない)	最終妊娠からの年数 (流産、人口中絶を含む) (年)			
肥 満 (ある ・ ない)							
今までに検診車で子宮体がん検診をうけていますか。(いいえ ・ はい 回)							
医師の判定		要 ・ 不要					
①子宮前屈、子宮後屈 ③エンドサイト挿入(易 ・ 難 ・ 不能) 吸引チューブ挿入(易 ・ 難 ・ 不能)				② 子宮腔長 ()cm ④ { エンドサイト } { 吸引チューブ } 抜去時の出血 (多 ・ 中 ・ 小 ・ なし)			
依 頼 書 発 行		その他					
有 ・ 無							

細胞 診 判 定	スクリーナー	指導医	総合 判 定	1. 要医療 (1)要再検査(か月後) (2)その他 2. 要精検 3. 現在のところ異常なし
	陰 性	陰 性		
	疑陽性	疑陽性		
署名				

(注) 子宮体がん検診を実施した場合は、子宮がん検診受診票に添付のこと。

裏面

細胞診判定委員

細胞 診 判 定	陰 性	陰 性	陰 性	陰 性
	疑 陽 性	疑 陽 性	疑 陽 性	疑 陽 性
	陽 性	陽 性	陽 性	陽 性
署 名				

細胞 診 判 定	陰 性	陰 性	陰 性	陰 性
	疑 陽 性	疑 陽 性	疑 陽 性	疑 陽 性
	陽 性	陽 性	陽 性	陽 性
署 名				