

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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="font-size: 2em;">{</div> <div style="text-align: center;"> 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 </div> <div style="font-size: 2em;">}</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="font-size: 2em;">{</div> <div style="width: 60%;"></div> <div style="font-size: 2em;">}</div> </div>						
	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)				
	肥満	(ある ・ ない)	(_____ 年)				
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		② 子宮腔長 (_____)cm					
③エンドサイト挿入(易・難・不能)		④ { エンドサイト					
吸引チューブ挿入(易・難・不能)		{ 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		
	陽性	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 疑 陽 性 陽 性	陰 性 疑 陽 性 陽 性	陰 性 疑 陽 性 陽 性	陰 性 疑 陽 性 陽 性
署名				

細胞診判定	陰 性 疑 陽 性 陽 性	陰 性 疑 陽 性 陽 性	陰 性 疑 陽 性 陽 性	陰 性 疑 陽 性 陽 性
署名				