

子宮がん検診 受診票 兼 結果報告書

①一次検診実施機関控

〇〇(市町村)子宮がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医療
機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了承しま
す。

受付番号		検診年月日	
〇〇(市町村)子宮がん検診 申込 兼 同意書(本人署名)			
住所	(〒)		
フリガナ			
名前	様		
生年月日	年 月 日	(歳)	
電話番号			

問診内容 ※該当する項目の□にレ点を記入してください

① 子宮がん検診を受けたことがありますか。	頸がん検診 <input type="checkbox"/> はい ⇒ 時期:[]年[]月頃 <input type="checkbox"/> いいえ 結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査(病名:) 体がん検査 <input type="checkbox"/> はい ⇒ 時期:[]年[]月頃 <input type="checkbox"/> いいえ 結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査(病名:)
② 血縁者で「がん」にかかった人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 血縁関係: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟/姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
③ 婦人科の病気にかかったことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 時期:[]年[]月頃 病名・症状 () <input type="checkbox"/> いいえ
④ 子宮を摘出する手術を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 最近の月経について教えてください。	月 日 から 日間 閉経 歳
⑥ 最近6か月以内に不正性器出血(月経以外の出血 や茶色のおりもの)がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 一時的な出血 <input type="checkbox"/> 不規則月経 <input type="checkbox"/> 月経が多い <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 月経が長い <input type="checkbox"/> 褐色のおりもの
⑦ 女性ホルモン剤を使っていますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> ピル <input type="checkbox"/> 更年期症状に対するホルモン剤 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
⑧ 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → (妊娠 週/最終月経 年 月 日)
⑨ その他の確認事項	<input type="checkbox"/> HPVワクチンを接種したことがある <input type="checkbox"/> 出産歴がある <input type="checkbox"/> 子宮内に避妊器具がはいつている <input type="checkbox"/> 性交渉の経験はない※

※ 性交渉の経験がない場合は、子宮頸がんが発生するリスクは極めて低く、検診を受ける必要性はこれまで示されていません。

検査方法や検診の必要性などの説明を受けたうえで検診を受診するか相談することができます。

体がん検査項目	①最近6ヶ月以内の不正性器出血 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ②最近6ヶ月以内の月経異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ③最近6ヶ月以内の褐色帯下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	同意書 私は子宮頸がん検診と併せて、子宮体がん検査を受けることに同意します 年 月 日 署名

【結果報告書】

頸がん検診		体がん検査	
視診 内診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> ポリープ <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 付属器腫瘍 <input type="checkbox"/> その他()		
標本作成方法	<input type="checkbox"/> 直接塗抹法 <input type="checkbox"/> 液状化検体法 <small>採取器具</small> <input type="checkbox"/> へら <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> サーベックスブラシ <input type="checkbox"/> サイトピック <input type="checkbox"/> 綿棒 <input type="checkbox"/> その他()	<small>採取器具</small> <input type="checkbox"/> エンドサイト <input type="checkbox"/> エンドサーチ <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> その他()	
標本の適否	<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正		
細胞診判定	<input type="checkbox"/> NILM 【陰性】	精密検査不要	
	<input type="checkbox"/> ASC-US 【意義不明な異型扁平上皮細胞】	要精密検査	
	<input type="checkbox"/> ASC-H 【HSILを除外できない異型扁平上皮細胞】		
	<input type="checkbox"/> LSIL 【軽度扁平上皮内病変疑い】		
	<input type="checkbox"/> HSIL 【高度扁平上皮内病変疑い】 ↓分類が可能な場合記入してください <input type="checkbox"/> HSIL(中等度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL(高度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL(上皮内癌)		
	<input type="checkbox"/> SCC 【扁平上皮癌疑い】		
	<input type="checkbox"/> AGC 【異型腺細胞疑い】		
<input type="checkbox"/> AIS 【上皮内腺癌疑い】	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 疑陽性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 器具挿入不能(採取不能)		
<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma 【腺癌疑い】			
<input type="checkbox"/> Other malig. 【その他の悪性腫瘍疑い】			
コメント			
結果	<input type="checkbox"/> 精密検査不要 <input type="checkbox"/> 要精密検査(子宮頸がん疑い) <input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要再検 <input type="checkbox"/> 要精検	
細胞診検査所	細胞検査士	細胞診専門医	報告年月日

子宮がん検診 受診票 兼 結果報告書

②市町村控

〇〇(市町村)子宮がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医療
機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了承しま
す。

受付番号		検診年月日	
〇〇(市町村)子宮がん検診 申込 兼 同意書(本人署名)			
住所	(〒)		
フリガナ			
名前	様		
生年月日	年 月 日	(歳)	
電話番号			

問診内容 ※該当する項目の□にレ点を記入してください

① 子宮がん検診を受けたことがありますか。	頸がん検診 <input type="checkbox"/> はい ⇒ 時期:[]年[]月頃 <input type="checkbox"/> いいえ 結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査(病名:) 体がん検査 <input type="checkbox"/> はい ⇒ 時期:[]年[]月頃 <input type="checkbox"/> いいえ 結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査(病名:)
② 血縁者で「がん」にかかった人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 血縁関係: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟/姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
③ 婦人科の病気にかかったことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 時期:[]年[]月頃 病名・症状 () <input type="checkbox"/> いいえ
④ 子宮を摘出する手術を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 最近の月経について教えてください。	月 日 から 日間 閉経 歳
⑥ 最近6か月以内に不正性器出血(月経以外の出血 や茶色のおりもの)がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 一時的な出血 <input type="checkbox"/> 不規則月経 <input type="checkbox"/> 月経が多い <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 月経が長い <input type="checkbox"/> 褐色のおりもの
⑦ 女性ホルモン剤を使っていますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> ピル <input type="checkbox"/> 更年期症状に対するホルモン剤 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
⑧ 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → (妊娠 週/最終月経 年 月 日)
⑨ その他の確認事項	<input type="checkbox"/> HPVワクチンを接種したことがある <input type="checkbox"/> 出産歴がある <input type="checkbox"/> 子宮内に避妊器具がはいつている <input type="checkbox"/> 性交渉の経験はない※

※ 性交渉の経験がない場合は、子宮頸がんが発生するリスクは極めて低く、検診を受ける必要性はこれまで示されていません。

検査方法や検診の必要性などの説明を受けたうえで検診を受診するか相談することができます。

体がん検査項目	①最近6ヶ月以内の不正性器出血 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ②最近6ヶ月以内の月経異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ③最近6ヶ月以内の褐色帯下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	同意書 私は子宮頸がん検診と併せて、子宮体がん検査を受けることに同意します 年 月 日 署名

【結果報告書】

頸がん検診		体がん検査	
視診 内診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> ポリープ <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 付属器腫瘍 <input type="checkbox"/> その他()		
標本作成方法	<input type="checkbox"/> 直接塗抹法 <input type="checkbox"/> 液状化検体法 <small>採取器具</small> <input type="checkbox"/> へら <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> サーベックスブラシ <input type="checkbox"/> サイトピック <input type="checkbox"/> 綿棒 <input type="checkbox"/> その他()	<small>採取器具</small> <input type="checkbox"/> エンドサイト <input type="checkbox"/> エンドサーチ <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> その他()	
標本の適否	<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正		
細胞診判定	<input type="checkbox"/> NILM 【陰性】	精密検査不要	
	<input type="checkbox"/> ASC-US 【意義不明な異型扁平上皮細胞】	要精密検査	
	<input type="checkbox"/> ASC-H 【HSILを除外できない異型扁平上皮細胞】		
	<input type="checkbox"/> LSIL 【軽度扁平上皮内病変疑い】		
	<input type="checkbox"/> HSIL 【高度扁平上皮内病変疑い】 ↓分類が可能な場合記入してください <input type="checkbox"/> HSIL(中等度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL(高度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL(上皮内癌)		
	<input type="checkbox"/> SCC 【扁平上皮癌疑い】		
	<input type="checkbox"/> AGC 【異型腺細胞疑い】		
<input type="checkbox"/> AIS 【上皮内腺癌疑い】	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 疑陽性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 器具挿入不能(採取不能)		
<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma 【腺癌疑い】			
<input type="checkbox"/> Other malig. 【その他の悪性腫瘍疑い】			
コメント			
結果	<input type="checkbox"/> 精密検査不要 <input type="checkbox"/> 要精密検査(子宮頸がん疑い) <input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要再検 <input type="checkbox"/> 要精検	
細胞診検査所	細胞検査士	細胞診専門医	報告年月日