

埼玉県妊婦子宮頸がん検診精密検査紹介状兼結果連絡票

次の方について、子宮頸がん検診の結果、精密検査が必要ですので診察をお願いいたします。
 なお、精密検査結果を下記欄にご記入いただき、2枚目は一次検診機関へご返答、3枚目は受診者の市町村(妊婦健康診査請求先)へ送付くださいますようお願い申し上げます。

一次検診実施医療機関記入欄	市町村名		生年月日	年	月	日						
	氏名		年齢	歳								
	一次検診実施日	年 月 日										
	一次検診結果 (ベセスダシステム)	1 NILM 2 ASC-US 3 ASC-H 4 LSIL 5 HSIL 6 AGC 7 AIS 8 SCC 9 Adenocarcinoma 10 Other malig. ()										
	一次検診実施医療機関	機関名										
	所在地											
	医師名											
精密検査実施医療機関記入欄	精密検査実施日	年 月 日										
	検査方法	a コルポスコピー b 組織検査 c 細胞診検査 d HPV検査 e その他()										
	診断区分	6a 異常認めず 6b 子宮頸がん (転移性含まず) <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>6b(1) 扁平上皮癌</td> <td>6b(2) 腺癌</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 進行度 I A期(微小浸潤扁平上皮癌)</td> <td><input type="checkbox"/> 進行度 I A期(微小浸潤腺癌)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 進行度 I B期以上</td> <td><input type="checkbox"/> 進行度 I B期以上</td> </tr> </table> ※ 該当するものに✓を入れてください 6b(3) 腺扁平上皮癌 6b(4) その他の子宮頸部原発性悪性腫瘍 6c AIS 6d CIN3 6e CIN2 6f CIN3又はCIN2いずれか区別できない(HSIL) 6g CIN1 6h 子宮体がん(疑い含む) 6i 子宮頸がんの疑い 6j 子宮頸がん、AIS及びCIN以外の疾患(転移性の子宮頸がん含む) (疾患名:) 6k 精検結果未確定					6b(1) 扁平上皮癌	6b(2) 腺癌	<input type="checkbox"/> 進行度 I A期(微小浸潤扁平上皮癌)	<input type="checkbox"/> 進行度 I A期(微小浸潤腺癌)	<input type="checkbox"/> 進行度 I B期以上	<input type="checkbox"/> 進行度 I B期以上
	6b(1) 扁平上皮癌	6b(2) 腺癌										
	<input type="checkbox"/> 進行度 I A期(微小浸潤扁平上皮癌)	<input type="checkbox"/> 進行度 I A期(微小浸潤腺癌)										
	<input type="checkbox"/> 進行度 I B期以上	<input type="checkbox"/> 進行度 I B期以上										
	HPV検査結果	a 陰性 b 陽性										
	治療等	不要・要 ⇒以下の該当するものに御記入ください。										
		1 経過観察										
		2 治療予定(a 要手術 b その他:)										
	3 治療済(治療方法:手術 放射線治療 化学療法 その他:) (診断名:)											
	4 他の医療機関へ紹介 医療機関名()											
精検に伴う偶発症の有無(入院治療を伴うもの)	a なし b あり ⇒ 内容 () 転帰 (生存 ・ 死亡)											
精密検査実施医療機関	機関名											
	所在地											
	医師名											

埼玉県妊婦子宮頸がん検診精密検査紹介状兼結果連絡票

次の方について、子宮頸がん検診精密検査を行いましたので報告いたします。

一次検診実施医療機関記入欄	市町村名		生年月日	年	月	日
	氏名		年齢	歳		
	一次検診実施日	年 月 日				
	一次検診結果 (ベセスダシステム)	1 NILM 2 ASC-US 3 ASC-H 4 LSIL 5 HSIL 6 AGC 7 AIS 8 SCC 9 Adenocarcinoma 10 Other malig. ()				
	一次検診実施医療機関	機関名				
	所在地					
	医師名					

精密検査実施医療機関記入欄	精密検査実施日		年	月	日		
	検査方法						
	a コルポスコピー b 組織検査 c 細胞診検査 d HPV検査 e その他()						
	診断区分						
	6a 異常認めず						
	6b 子宮頸がん (転移性含まず)						
	6b(1) 扁平上皮癌 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> <input type="checkbox"/> 進行度 I A期(微小浸潤扁平上皮癌) <input type="checkbox"/> 進行度 I B期以上 </td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px; margin-left: 20px;"> 6b(2) 腺癌 <input type="checkbox"/> 進行度 I A期(微小浸潤腺癌) <input type="checkbox"/> 進行度 I B期以上 </td> </tr> </table> ※ 該当するものに✓を入れてください					<input type="checkbox"/> 進行度 I A期(微小浸潤扁平上皮癌) <input type="checkbox"/> 進行度 I B期以上	6b(2) 腺癌 <input type="checkbox"/> 進行度 I A期(微小浸潤腺癌) <input type="checkbox"/> 進行度 I B期以上
	<input type="checkbox"/> 進行度 I A期(微小浸潤扁平上皮癌) <input type="checkbox"/> 進行度 I B期以上	6b(2) 腺癌 <input type="checkbox"/> 進行度 I A期(微小浸潤腺癌) <input type="checkbox"/> 進行度 I B期以上					
	6b(3) 腺扁平上皮癌 6b(4) その他の子宮頸部原発性悪性腫瘍						
	6c AIS 6d CIN3 6e CIN2 6f CIN3又はCIN2いずれか区別できない(HSIL)						
6g CIN1 6h 子宮体がん(疑い含む) 6i 子宮頸がんの疑い							
6j 子宮頸がん、AIS及びCIN以外の疾患(転移性の子宮頸がん含む) (疾患名:)							
6k 精検結果未確定							
HPV検査結果 a 陰性 b 陽性							
治療等 不要・要 ⇒以下の該当するものに御記入ください。							
1 経過観察							
2 治療予定(a 要手術 b その他:)							
3 治療済(治療方法:手術 放射線治療 化学療法 その他:) (診断名:)							
4 他の医療機関へ紹介 医療機関名()							
精検に伴う偶発症の有無(入院治療を伴うもの)		a なし					
		b あり ⇒ 内容 () 転帰 (生存 ・ 死亡)					
精密検査実施医療機関		機関名					
		所在地					
		医師名					

埼玉県妊婦子宮頸がん検診精密検査紹介状兼結果連絡票

次の方について、子宮頸がん検診精密検査を行いましたので報告いたします。

一次検診実施医療機関記入欄	市町村名		生年月日	年	月	日
	氏名		年齢	歳		
	一次検診実施日	年 月 日				
	一次検診結果 (ベセスダシステム)	1 NILM 2 ASC-US 3 ASC-H 4 LSIL 5 HSIL 6 AGC 7 AIS 8 SCC 9 Adenocarcinoma 10 Other malig. ()				
	一次検診実施医療機関	機関名				
	所在地					
	医師名					

精密検査実施医療機関記入欄	精密検査実施日	年	月	日
	検査方法	a コルポスコピー b 組織検査 c 細胞診検査 d HPV検査 e その他()		
	診断区分	6a 異常認めず		
	6b 子宮頸がん (転移性含まず)	6b(1) 扁平上皮癌 <input type="checkbox"/> 進行度 I A期(微小浸潤扁平上皮癌) <input type="checkbox"/> 進行度 I B期以上		6b(2) 腺癌 <input type="checkbox"/> 進行度 I A期(微小浸潤腺癌) <input type="checkbox"/> 進行度 I B期以上
	※ 該当するものに✓を入れてください			
	6b(3) 腺扁平上皮癌	6b(4) その他の子宮頸部原発性悪性腫瘍		
	6c AIS	6d CIN3	6e CIN2	6f CIN3又はCIN2いずれか区別できない(HSIL)
	6g CIN1	6h 子宮体がん(疑い含む)		6i 子宮頸がんの疑い
	6j 子宮頸がん、AIS及びCIN以外の疾患(転移性の子宮頸がん含む) (疾患名:)			
	6k 精検結果未確定			
HPV検査結果	a 陰性 b 陽性			
治療等	不要・要 ⇒以下の該当するものに御記入ください。			
1 経過観察				
2 治療予定(a 要手術 b その他:)				
3 治療済(治療方法:手術 放射線治療 化学療法 その他:) (診断名:)				
4 他の医療機関へ紹介 医療機関名()				
精検に伴う偶発症の有無 (入院治療を伴うもの)	a なし	b あり ⇒ 内容 () 転帰 (生存 ・ 死亡)		
精密検査実施医療機関	機関名			
	所在地			
	医師名			