

子宮頸がん検診票

※ 太枠内の該当事項に○印か必要事項を記入して下さい。

住	—	(世帯主)	検診番号	
	フリガナ		検診日	年 月 日
所			検診機関	
	電話番号 () —			
氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日生 (才)
		様	保険種別	<input type="checkbox"/> 社保本人 <input type="checkbox"/> 社保家族 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他
子宮頸がん検診の受診歴とその結果		① 受診回数 (初めて、回目) ② 前回の受診 年 月 ③ 検査方法 (細胞診、HPV 検査単独法、細胞診 HPV 検査併用法) ④ 結果 (精密検査不要、その他 ())		
家族 (血族) でがんにかかった人 (死亡も含む)		⑤ あり (3 親等内親族と病名:) なし		
今までの様子	⑥ 初潮 (年 月) (満 歳 月)	⑩ 子宮頸部の疾患	なし	
	⑦ 閉経 (満 歳)	疾患名 ()		
	⑧ 性交歴 なし あり	手術 (なし、あり)		
	⑨ 妊娠回数 (回)	手術の時期と内容 (年 月、)		
	分娩 (回) 最後の分娩 (満 歳)	⑪ 子宮全摘手術	なし	
	自然流産 (回) 最後の妊娠 (満 歳)	手術の時期 (年 月)		
	人工中絶 (回)	手術の原因となった疾患 ()		
現在の状態	妊娠、月経	⑫ 現在妊娠していますか (いいえ、はい) 妊娠週数 (週) ⑬ 最終月経開始日 (月 日) 月経期間 (日) 周期 (日)		
	不正性器出血や月経の異常	⑭ 次の症状はありますか (月経時以外の出血、褐色帯下、黒色帯下、ピンク色帯下、閉経後出血) 量 (多い、普通、少ない) いつ頃から (年 月) ⑮ 次の月経異常はありますか (過多月経、不規則月経)		
	⑯ ホルモン剤 (ピルを含む) の使用	あり (品名:) なし		
	⑰ HPV ワクチン接種歴	あり (初接種 年、接種回数 回) なし		
	⑱ リング	使用中 使用していない		
細胞診検査 (HPV 検査陽性の方のみ) ・ 標本の状態 (<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正) ・ 結果 (<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> Adeno Ca. <input type="checkbox"/> Other)				
内診所見等				
指導区分	がんに関する結果		がん以外の疾患に関する結果	検診担当機関
	0 再検査 (検体不適正)	1 精密検査不要	4 経過観察	検診担当医師
2 要精密検査		5 要診療 ()		

子宮頸がん検診票

※ 太枠内の該当事項に○印か必要事項を記入して下さい。

住	—	(世帯主)	検診番号	
	フリガナ		検診日	年 月 日
所			検診機関	
	電話番号 () —			
氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日生 (才)
	様		保険種別	<input type="checkbox"/> 社保本人 <input type="checkbox"/> 社保家族 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他
子宮頸がん検診の受診歴とその結果		① 受診回数 (初めて、回目) ② 前回の受診 年 月 ③ 検査方法 (細胞診、HPV 検査単独法、細胞診 HPV 検査併用法) ④ 結果 (精密検査不要、その他 ())		
家族 (血族) でがんにかかった人 (死亡も含む)		⑤ あり (3 親等内親族と病名:) なし		
今までの様子	⑥ 初潮 (年 月) (満 歳 月)		⑩ 子宮頸部の疾患 なし	
	⑦ 閉経 (満 歳)		疾患名 ()	
⑧ 性交歴 なし あり		手術 (なし、あり)		
⑨ 妊娠回数 (回)		手術の時期と内容 (年 月、)		
分娩 (回) 最後の分娩 (満 歳)		⑪ 子宮全摘手術 なし		
自然流産 (回) 最後の妊娠 (満 歳)		手術の時期 (年 月)		
人工中絶 (回)		手術の原因となった疾患 ()		
現在の状態	妊娠、月経	⑫ 現在妊娠していますか (いいえ、はい) 妊娠週数 (週) ⑬ 最終月経開始日 (月 日) 月経期間 (日) 周期 (日)		
	不正性器出血や月経の異常	⑭ 次の症状はありますか (月経時以外の出血、褐色帯下、黒色帯下、ピンク色帯下、閉経後出血) 量 (多い、普通、少ない) いつ頃から (年 月) ⑮ 次の月経異常はありますか (過多月経、不規則月経)		
⑯ ホルモン剤 (ピルを含む) の使用		あり (品名:) なし		
⑰ HPV ワクチン接種歴		あり (初接種 年、接種回数 回) なし		
⑱ リング		使用中 使用していない		
HPV 検査 ・ 標本の状態 (<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正) ・ 結果 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)				
細胞診検査 (HPV 検査陽性の方のみ) ・ 標本の状態 (<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正) ・ 結果 (<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> Adeno Ca. <input type="checkbox"/> Other)				
内診所見等				
指導区分	がんに関する結果		がん以外の疾患に関する結果	検診担当機関
	0 再検査 (検体不適正)		4 経過観察	検診担当医師
	1 精密検査不要		5 要診療	
	2 ただちに確定精検 (組織診) が必要		}	
3 来年度に追跡検査 (HPV 検査) が必要				

子宮頸がん検診票

※ 太枠内の該当事項に○印か必要事項を記入して下さい。

住	フリガナ	(世帯主)	検診番号			
			検診日	年 月 日		
所			検診場所			
	電話番号 ()					
氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日生 (才)		
	様		保険種別	<input type="checkbox"/> 社保本人 <input type="checkbox"/> 社保家族 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他		
子宮頸がん検診の受診歴とその結果		① 受診回数 (初めて、 回目) ② 前回の受診 年 月 ③ 検査方法 (細胞診、HPV 検査単独法、細胞診 HPV 検査併用法) ④ 結果 (精密検査不要、その他 ())				
家族 (血族) でおんなにかかった人 (死亡も含む)		⑤ 1 あり (3 親等内親族と病名:) 2 なし				
今までの様子	⑥ 初潮 (年 月) (満 歳 月) ⑩ 子宮頸部の疾患 なし ⑦ 閉経 (満 歳) 疾患名 () ⑧ 性交歴 なし あり 手術 (なし、あり) ⑨ 妊娠回数 (回) 手術の時期と内容 (年 月、) 分娩 (回) 最後の分娩 (満 歳) ⑪ 子宮全摘手術 なし 自然流産 (回) 最後の妊娠 (満 歳) 手術の時期 (年 月) 人工中絶 (回) 手術の原因となった疾患 ()					
	現在の状態		⑫ 現在妊娠していますか (いいえ、はい) 妊娠週数 (週) ⑬ 最終月経開始日 (月 日) 月経期間 (日) 周期 (日) ⑭ 次の症状はありますか (月経時以外の出血、褐色帯下、黒色帯下、ピンク色帯下、閉経後出血) 量 (多い、普通、少ない) いつ頃から (年 月) ⑮ 次の月経異常はありますか (過多月経、不規則月経)			
⑯ ホルモン剤 (ピルを含む) の使用		あり (品名:) なし				
⑰ HPV ワクチン接種歴		あり (初接種 年、接種回数 回) なし				
⑱ リング		使用中 使用していない				
HPV 検査						
・ 標本の状態 (<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正) ・ 結果 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)						
子宮頸部細胞診検査 (HPV 検査陽性の方のみ)						
・ 標本の状態 (<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正) ・ 結果 (<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> Adeno Ca. <input type="checkbox"/> Other)						
子宮体部細胞診検査						
・ 標本の状態 (<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正) ・ 結果 (<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 擬陽性 <input type="checkbox"/> 陽性)						
内診所見等						
指導区分	子宮頸がんに関する結果		子宮体がんに関する結果		検診担当機関 検診担当医師	
	0 再検査 (検体不適正)		0 再検査 (検体不適正)			}
	1 精密検査不要		1 精密検査不要			
	2 ただちに確定精検 (組織診) が必要		2 要精密検査			
3 来年度に追跡検査 (HPV 検査) が必要						