

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)	整理番号				
	フリガナ		検診日	年 月 日			
所			健診場所				
	電話番号 () —						
氏名	フリガナ	様	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 (才)			
			保険種別	社保本人 社保家族 国保 後期高齢者 その他			
子宮頸がん検診の受診回数		① 1. 3年以内に受診した ② 2. 今回初めて 3. 3年以上前に受診した					
家族(血族)でがんにかかった人(死亡も含む)		③ 1 あり (3親等内親族と病名:) 2 なし					
今までの様子	④初潮 (年 月) (満 歳 月)	⑨既往の一般疾患	なし () あり (満 歳) のとき (病名)				
	⑤閉経 (満 歳) ⑥結婚 (満 歳) ⑦妊娠回数 (回) 分娩 (回) 最後の分娩 (満 歳) 自然流産 (回) 最後の妊娠 (満 歳) 人工中絶 (回) ⑧夫 健在 死亡 (年前)	⑩婦人科の手術	なし () あり (満 歳) のとき (病名)				
現在の状態	⑬月経	1. 順調 2. 不順 3. なし 4. 月経困難 ○ 最終の月経 (月 日から) ① 月経中 ○ 妊娠中					
	⑭生理以外の出血がありますか	ない	1. 色 (鮮血、うすい色、黒ずんだ血、その他) 2. 量 (多量、やや多い、少量) 3. いつから (カ月前 年前) から (一度だけ・時々・続いて) 4. どんな時に (接触のあと・排便時・排尿時・自然に・その他)				
	⑮おりもの	ある	1. あり (時期・量・色:) 2. なし				
ホルモン剤(ピルを含む)の使用		1. あり (品名:) 2. なし					
HPV 検査		① これまでに HPV 検査を受けたことがありますか 1. ない 2. ある ①で、2. あると回答された方のみご回答ください。 ② 結果はどうでしたか 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 HPV 検査はいつごろ受けましたか 1. 1年前 2. 2年前 3. 3年以上前 4. 不明					
リ ン グ		1. 使用中 2. 使用していない					
ベセスダシステム							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ・標本の適否 <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正 () ・陰性 (NILM) <input type="checkbox"/> 微生物 <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見 () </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ・扁平上皮系異常 <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SCC </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ・腺系異常 <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> Adeno Ca <input type="checkbox"/> その他悪性腫瘍 () </td> </tr> </table>					・標本の適否 <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正 () ・陰性 (NILM) <input type="checkbox"/> 微生物 <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見 ()	・扁平上皮系異常 <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SCC	・腺系異常 <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> Adeno Ca <input type="checkbox"/> その他悪性腫瘍 ()
・標本の適否 <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正 () ・陰性 (NILM) <input type="checkbox"/> 微生物 <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見 ()	・扁平上皮系異常 <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SCC	・腺系異常 <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> Adeno Ca <input type="checkbox"/> その他悪性腫瘍 ()					
内診所見等							
指導区分	0 再検査 (検体不適正により)		検診担当機関				
	がんに関する結果	がん以外の疾患に関する結果					
	1 異常なし 2 要精検	3 経過観察 4 要診療 ()	検診担当医師				

子宮がん検診票

※ 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)	整理番号		
	フリガナ			検診日	年 月 日
所				健診場所	
	電話番号 () —			生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日生 平成 (才)
氏名	フリガナ				保険種別
	様				
子宮頸がん検診の受診回数		① 1. 3年以内に受診した ② 2. 今回始めて ③ 3. 3年以上前に受診した			
家族(血族)でがんにかかった人(死亡も含む)		③ 1 あり (3親等内親族と病名:) 2 なし			
今までの様子	④初潮 (年 月) (満 歳 月)	⑨既往の一般疾患	なし		
	⑤閉経 (満 歳) ⑥結婚 (満 歳) ⑦妊娠回数 (回) 分娩 (回) 最後の分娩 (満 歳) 自然流産 (回) 最後の妊娠 (満 歳) 人工中絶 (回) ⑧夫 健在 死亡 (年前)	⑩婦人科の手術	なし		
現在の状態	⑬月 経	1. 順調 2. 不順 3. なし 4. 月経困難 ○ 最終の月経 (月 日から) ① 月経中 ② 妊娠中			
	⑭生理以外の出血がありますか	ない	1. 色 (鮮血、うすい色、黒ずんだ血、その他) 2. 量 (多量、やや多い、少量) 3. いつから (カ月前 年前) から (一度だけ・時々・続いて) 4. どんな時に (接触のあと・排便時・排尿時・自然に・その他)		
	⑮おりもの	ある	1. あり (時期・量・色:) 2. なし		
ホルモン剤(ピルを含む)の使用		1. あり (品名:) 2. なし			
リ ン グ		1. 使用中 2. 使用していない			
ベセスダシステム					
<ul style="list-style-type: none"> ・標本の適否 □適正 □不適正 () ・陰性 (NILM) □微生物 □その他の非腫瘍性所見 () ・扁平上皮系異常 □ASC-US □ASC-H □LSIL □HSIL □SCC ・腺系異常 □AGC □AIS □Adeno Ca □その他の悪性腫瘍 () 					
内診所見等					
■子宮体部細胞診断判定 □陰性 □擬陽性 □陽性 □判定不可能 □採取不能					
指 導 区 分	0 再検査 (検体不適正により)				検診担当機関
	がんに関する結果		がん以外の疾患に関する結果		
	1 異常なし	2 要精検	3 経過観察	4 要診療	
子宮体部細胞診		0 再検査		検診担当医師	
指導区分		1 精密検査不要 2 要精密検査			
		3 採取不能 () ~紹介			

子宮頸がん検診結果通知書

〔本人交付用〕

住 所	(世帯主)	整理番号	
	フリガナ	検診日	年 月 日
氏 名	フリガナ	往診場所	
	電話番号 ()	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生 (才)
	様	職業	無職、製造、販売、サービス、 農業、その他 ()

過日、実施しました子宮がん検診の結果は、次のとおり（該当番号に○印）でしたのでお知らせします。なお、ご不審の点がございましたら、市町村保健師までお問い合わせください。

0. 再検査をすすめます

今回の検診では、検体不適正により判定不能でした。再検査をすすめます。

1. 現在のところ異常なし

検診の結果、異常所見は認められませんでした。しかし、これは今後の保障ではありませんから、症状がなくても二年に一回以上は検診を受けられますようおすすめします。

2. 経過観察を要する

検診の結果、特に異常は認められませんでした。経過をみて ヲ月後にもう一度適当な医療機関で検査を受けてください。その際この通知書（返信用封筒添付）及び保険証を持参ください。

3. 精密検査を要する

検診の結果、さらにくわしい検査が必要です。この通知書（返信用封筒添付）及び保険証を持参のうえ、適当な医療機関でなるべく早く精密検査を受けてください。

せっかくがん検診を受けられても、この精密検査を受けなければがん検診の意味がありません。

4. 診療を要する

検診の結果、(診断名)の疾患を認めますのでこの通知書と保険証を持参のうえ適当な医療機関で診療を受けてください。尚返信は不要です。

子宮頸部細胞診判定

ベセスダシステム

・標本の適否

 適正 不適正

()

・陰性 (NILM)

 微生物 その他の非腫瘍性所見

()

・扁平上皮系異常

 ASC-US ASC-H LSIL HSIL SCC

・腺系異常

 AGC AIS Adeno Ca その他の悪性腫瘍

()

年 月 日

検診機関

検診担当医師

医療機関の主治医 様

本書持参の方は、子宮がんの検診の結果、裏面の所見のとおり精密検査を要すると思われ
ますのでよろしくお願ひします。

本検診は健康増進法に基づく検診となっております。精密検査結果については有所見者の事後
指導及び検診の精度管理等に役立てたいと存じますので、お手数ですが別添の精密検査結果通知
書に所要事項をご記入のうえ、受診者持参の返信用封筒にて下記あてご返送くださいますようお
願ひします。

〇〇〇市町村長

住所： _____

TEL： _____

担当課： _____

検診機関名

住所： _____

名称： _____

担当医： _____