

子宮頸がん検診結果通知書

フリガナ		生年月日	年 月 日		
氏名			性別	女	年齢
住所	高取町大字		TEL		

受診者の皆様へ『この問診票は、皆様の健康状態を把握するために使用しますのでご了承下さい。』

下記、問診欄(該当するものに○印又は、ご記入下さい。)

①前回の検診は？	年	月	日	結果()		
②結婚は？	1. 未婚		2. 既婚			
③月経は？	1. 前回の月経		月	日より	日間 (順 ・ 不順)	
	2. 月経量は		(多い ・ 普通 ・ 少ない)		3. 閉経は、 (才)	
④妊娠・分娩は？	1. 妊娠 (回)		2. 普通分娩 (回)		3. 帝王切開 (回)	
	4. 妊娠中(ヶ月)		5. 流産又は分娩後(ヶ月)		6. 前回の妊娠から(年)	
⑤現在、医師の治療は？	1. ない		2. 治療中 病名()			
⑥現在、ピルなどのホルモン剤の使用は？	1. ない		2. ある			
⑦現在、リングなどの子宮内避妊器具の使用は？	1. ない		2. ある			
⑧人工妊娠中絶術を1ヶ月以内に受けたことが？	1. ない		2. ある			
⑨今までに入院が必要な大きな病気をしたことが？	1. ない		2. ある 病名()			
⑩今までに婦人科の手術を受けたことが？	1. ない		2. ある 病名()			
⑪過去6ヶ月以内に不性器出血が？	1. ない		2. ある(閉経前 ・ 閉経後)			
⑫過去6ヶ月以内におりものに異常を感じたことが？	1. ない		2. ある			

※該当する口にレ点チェック又は、ご記入下さい。

		実施日	年 月 日			検体No
臨床診断						採取部位
<input type="checkbox"/> 所見なし (1)	<input type="checkbox"/> 頸管炎 (2)	<input type="checkbox"/> 付属器腫瘍 (3)				<input type="checkbox"/> V (膣部)
<input type="checkbox"/> がんの疑い(頸部・体部) (4)	<input type="checkbox"/> ポリープ (5)	<input type="checkbox"/> 付属器炎 (6)				<input type="checkbox"/> C (頸部)
<input type="checkbox"/> 膣部びらん(7)	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫 (8)	<input type="checkbox"/> 月経異常 (9)				<input type="checkbox"/> S (断端)
<input type="checkbox"/> 膣炎 (10)	<input type="checkbox"/> 閉経後出血(11)	<input type="checkbox"/> 更年期出血(12)				
<input type="checkbox"/> その他 ()					(13)	
臨床的指	<input type="checkbox"/> ただちに <input type="checkbox"/> 1ヶ月後 <input type="checkbox"/> 3ヶ月後 <input type="checkbox"/> 6ヶ月後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 特に指示なし					<input type="checkbox"/> P (プール)
検査中・後の重篤な偶発症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(具体的内容)					
※検査中または検査後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症(入院を要する者に限る)の有無及びその内容について記載してください。						

ベセスダ分類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	備考
	判定不能	NILM	ASC-US	ASC-H	L-SIL	H-SIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other	<input type="checkbox"/> トリコモナス <input type="checkbox"/> 真菌類 <input type="checkbox"/> 雑菌 <input type="checkbox"/> ヘルペス <input type="checkbox"/> その他()
標本種類	標本作成法	<input type="checkbox"/> 直接塗抹法		<input type="checkbox"/> 液状検査法		採取器具	<input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> へら <input type="checkbox"/> 綿棒 <input type="checkbox"/> その他					
指 示 区 分	<input type="checkbox"/> 1. 今回の検診において、がんは発見できませんでした。 <input type="checkbox"/> 2. ()の疑いがあります。念のため医療機関への受診を勧奨してください。 <input type="checkbox"/> 3. 現在悪性ではありませんが、念のため()ヶ月後医療機関で再検査をうけるよう勧奨してください。 <input type="checkbox"/> 4. 精密検査の必要がありますので、直ちに受診勧奨下さい。											
検 診 機 関 名							細 胞 診 指 導 医					
医 師 名							細 胞 診 査 師					