

子宮がん検診受診票

No.	受診年月日	年 月 日	免除区分	1. 70歳以上の方	2. 65歳以上の後期高齢障害認定者	4. 生活保護世帯の方	5. 非課税世帯の方
氏名	フリガナ (氏) (名)		生年月日	明治 大正 昭和 平成			年齢 (満 歳)
			年 月 日				
住所	〒		電話	自宅	-	世帯主氏名	
			勤務先	-			
最近の月経				結婚年齢		満 歳	
月 日から 月 日まで 月経中(月 日から)				夫 健在 死亡(年前)		離婚(年前)	
初潮 満 歳 閉経 満 歳 (自然・手術後・その他)				既往の婦人科疾患		歳のとき () 歳のとき ()	
妊娠回数 合計 回				腹部手術の病名		歳のとき () 歳のとき ()	
内 訳	分 娩	回(最後の分娩)	歳のとき				
	人工流産	回(最後の分娩)	歳のとき				
	自然流産	回					
	帝王切開	回		歳のとき 虫垂炎(盲腸)			
その他() 回				歳のとき 卵管結紮(不妊手術)			
※太枠の中を記入してください。 最近2〜3か月の状態を記入してください。	不正出血		ない・ある	鮮血・うすい血・黒ずんだ血 その他 多量・やや多い・少量 接触のあと・排尿時・自然に出た その他 日前・ か月前・1度又は数回・時々出血する・続いて出血している			
	帯下(おりもの)		ない・ある	白色・黄色・褐色・ピンク色・血の混じったもの・その他 日前・ か月前・時々・続いて			
	外陰部のかゆみ		ない・ある				
	ホルモン剤の使用		していない・している ()				
	経口避妊薬の使用		していない・している (薬品名) (年 月 ~ 年 月)				
避妊リングの使用		していない・している					
以前に子宮がん検診をうけた場合は記入してください。			平成 年 月 結果 検診機関名	平成 年 月 結果 検診機関名	平成 年 月 結果 検診機関名		
(1) 内 診 所 見							
(2) 頸部細胞診所見		No. <input style="width: 100px;" type="text"/>	(3) 体部細胞診所見		No. <input style="width: 100px;" type="text"/>		
a. NILM	e. HSIL	i. AGC-favor neoplastic		陰性・疑陽性・陽性			
b. ASC-US	f. SCC	j. AIS					
c. ASC-H	g. AGC	k. Adenocarcinoma					
d. LSIL	h. AGC-NOS	l. Other malig					
class I II II _R III _a III _b IV V							
(4) HPV検査(20~49歳の偶数年齢希望者に頸部細胞診と併用)				(7) 組 織 検 査		No. _____	
陰性 陽性 検査なし							
(5) コルポスコープ所見							
(6) 指 示 事 項							
A. 頸部の組織検査を要す		C. 専門医の受診		E. 直ちに再検		特記事項	
B. 子宮内膜の組織検査を要す		D. 経過観察(か月後)					
担当医師 _____							