

子宮頸がん検診個人記録票（施設検診用）

保健所コード	市・町・村		市町村コード	検診機関名
フリガナ 氏名	姓 名		検 歴 初診 再診	以前に受診した年度の数字を○で 囲んでください。 R 5. 6. 7. 8
生年月日	大昭平	年 月 日	( 歳)	
フリガナ 住所	〒 -		地区(住所) コード	
電話番号	フリガナ 世帯主	世帯コード	世帯員 コード	

検診年月日	年 月 日	医師名
<p>該当するものに○をつけてください</p> <p>1. 今までに次の病気を指摘されたことがありますか。</p> <p>1 産婦人科の病気  <input type="radio"/> ① ない  <input type="radio"/> ② 婦人科癌(部位: )  <input type="radio"/> ③ 子宮頸がん検診の異常(ヒトパピローマウイルス陽性を含む)  <input type="radio"/> ④ 子宮筋腫、子宮腺筋症  <input type="radio"/> ⑤ 子宮内膜症  <input type="radio"/> ⑥ 卵巣腫瘍  <input type="radio"/> ⑦ その他( )</p> <p>2 産婦人科の手術(1の病気等で手術をしましたか。)  <input type="radio"/> ① ない <input type="radio"/> ② ある <input type="radio"/> ③ 不明</p> <p>3 手術の際に子宮を摘出しましたか。  <input type="radio"/> ① していない <input type="radio"/> ② した <input type="radio"/> ③ 不明</p> <p>2. 性交の経験はありますか。  <input type="radio"/> ① ない <input type="radio"/> ② ある</p> <p>3. 最近の症状などについて、該当するものはありますか。</p> <p>1 不正出血  <input type="radio"/> ① ない <input type="radio"/> ② ある <input type="radio"/> ③ 不明</p> <p>2 おりもの  <input type="radio"/> ① 正常 <input type="radio"/> ② 異常( )</p> <p>3 受胎調節リングを使用したことがありますか。  <input type="radio"/> ① ない <input type="radio"/> ② ある <input type="radio"/> ③ 不明</p> <p>4. 月経について記載してください。</p> <p>1 初潮  <input type="radio"/> ① ( 歳) <input type="radio"/> ② 不明</p> <p>2 最近の月経は?  <input type="radio"/> ① 月 日から 日間  <input type="radio"/> ② 不明</p> <p>3 閉経  <input type="radio"/> ① ( 歳) <input type="radio"/> ② 不明</p> <p>5. 現在、妊娠していますか。  <input type="radio"/> ① 妊娠していない  <input type="radio"/> ② 妊娠している 妊娠( )週  <input type="radio"/> ③ 不明</p> <p>6. お産について記載してください。</p> <p>1 妊娠回数  <input type="radio"/> ① 回  (出産 回、うち帝王切開 回)  <input type="radio"/> ② 不明</p> <p>2 最終の妊娠  <input type="radio"/> ① ( 歳) <input type="radio"/> ② 不明</p> <p>7. 現在、女性ホルモン剤を使用していますか。  <input type="radio"/> ① ない <input type="radio"/> ② ある</p> <p>8. HPVワクチン(子宮頸がん予防ワクチン)を接種したことがありますか。  <input type="radio"/> ① ない <input type="radio"/> ② ある ( 歳)</p> <p>9. たばこを吸いますか。  <input type="radio"/> ① 吸わない <input type="radio"/> ② やめた( 歳)  <input type="radio"/> ③ 吸う(1日約 本)</p>		<p>内診・視診</p> <p>外陰・膣: 所見 なし・あり ( )</p> <p>子宮腔部: 所見 なし・あり ( )</p> <p>子宮: 所見 なし・あり ( )</p> <p>付属器: 所見 なし・あり ( )</p> <p>膣分泌物: 所見 なし・あり ( )</p>
<p>臨床所見</p> <p>1 所見なし</p> <p>2 がん(疑い)</p> <p>3 ポリープ</p> <p>4 子宮腫瘍</p> <p>5 付属器腫瘍</p> <p>6 膣炎</p> <p>7 外陰炎</p> <p>8 骨盤臓器脱・下垂</p> <p>9 その他 ( )</p> <p>要医療は……○ 経過観察は……△</p>		
<p>子宮頸部スミア No.</p> <p>採取部位: 子宮頸部</p> <p>標本作成法</p> <p>1. 液状 2. 直接 採取器具</p> <p>1. ブラシ 2. ヘラ 3. その他( )</p> <p>標本の適否</p> <p>1. 適正 2. 不適正 理由( )</p> <p>子宮頸部細胞判定</p> <p>扁平</p> <p>1. NILM(陰性) 2. ASC-US 3. ASC-H</p> <p>腺</p> <p>4. LSIL 5. HSIL 6. SCC</p> <p>その他</p> <p>7. AGC 8. AIS 9. Adenoca</p> <p>10. Other( )</p> <p>11. 判定不能</p> <p>細胞所見</p>		
<p>子宮体部細胞診</p> <p>子宮体部スミア No.</p> <p>採取方法: 1 吸引 2 擦過</p> <p>1. 陰性 2. 疑陽性 3. 陽性 4. 判定不能</p> <p>推定病変及び細胞所見(判定不能の場合、その理由を明記)</p>		
<p>鏡検者</p> <p>細胞診専門医(診断した場合のみ)</p> <p>細胞検査士名</p>		
<p>備考</p> <p>*以下に該当する場合口にチェック</p> <p><input type="checkbox"/> 初回検体不適正(検査日: 年 月 日)のため、今回再検査。</p>		
<p>指診券</p> <p>1. 精検不要 2. 要精検(ASC-US) 3. 要精検(1) 4. 要精検(2) 5. 判定不能</p>		

今後のがん検診の精度向上に役立てるため、あなた様のがん検診の結果(精密検査結果を含む)について、お住まいの市町村・検診機関・地元医師会・新潟県健康づくり財団・精密検査実施機関で調査、分析などに利用すること及び情報を収集することについてご承知の上受診願います。なお、個人情報の管理には個人情報保護法、市町村条例、医療関係法令、各種ガイドライン等を遵守し、厳重に注意を払い、上記目的以外に利用することはありません。

※ 問診の1. で子宮摘出した場合は対象外となり以降の問診は不要となります。