

子宮頸がん検診票

受付番号 _____

受診日 _____

下記太枠を記入してください。

整理番号		フリガナ	生年月日	年度末年齢
氏名		氏名	年齢	大・昭・平 年 月 日 歳
住所		住所	電話	
妊娠歴	妊娠の経験がありますか。 1. はい () 回 現在妊娠 () 週 2. いいえ			
出産歴	出産の経験がありますか。 1. はい () 回 2. いいえ			
月経	現在月経(生理)はありますか。 1. はい(該当するものに○をしてください) 2. いいえ 月経(順調・不順) 月経痛(あり・なし) 月経の量(多・普・少) 最近の月経 年 月 日～ 年 月 日 初経() 歳 閉経() 歳			
既往歴	婦人科の病気をしたことがありますか。 1. はい(該当するものに○をしてください) 2. いいえ 子宮がん・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・頸管ポリープ・高度子宮後屈・膣炎 その他() 上記の診断により、手術をしましたか。 1. はい() 年、手術名() 2. いいえ			
受診歴	子宮がん検診を受けたことがありますか。 1. はい(年 月) 2. いいえ 精密検査が必要と言われたことがありますか。 1. はい(年 月) 2. いいえ			
家族歴	血縁者ががんにかかった方はいますか。 1. はい(該当するものに○をしてください) 2. いいえ 子宮がん・卵巣がん・その他() 上記の病気にかかった方はどなたですか。 1. 母 2. 姉妹 3. 子供 4. その他()			
主訴	現在気になる症状がありますか。 1. はい(該当するものに○をしてください) 2. いいえ 不正出血・痛み・むくみ・おりもの・しこり・その他() 現在使用していますか。 1. はい(該当するものに○をしてください) 2. いいえ ホルモン剤・子宮内避妊器具			

所見 (内診・視診) 指導	検体番号	所見	指導区分
			B. 放置 C. 経観 H. 要医療
			B. 放置 C. 経観 H. 要医療
		子宮体がん検診の必要性	要 ・ 不要
所見内訳			
0. 異常なし 1. 膣部ビラン 2. 膣炎 3. 老人性膣炎 4. 頸管ポリープ 5. 尿道口カルンケル 6. 頸管炎 7. 白斑症 8. 子宮筋腫 9. 筋腫性子宮 10. 卵巣のう腫 11. 高度子宮後屈 12. 膣壁下垂 13. ナボットのう胞 14. バルトリン腺のう腫 15. 外陰炎 16. 膀胱炎 17. 機能性出血 18. 子宮脱 19. 膣カンジダ症 20. 付属器炎 21. 尿路疾患 22. 子宮内膜炎 23. 子宮がん 99. その他			
細胞診検体の適否		適正 ・ 不適正 ()	【実施医療機関】
検診結果	細胞診	0. NILM 10. 判定不能	
		1. ASC-US 2. ASC-H 3. LSIL 4. HSIL 5. SCC	
		6. AGC 7. AIS 8. Adenoca. 9. other malign.	
		コメント()	
	体部	1. 陰性 2. 偽陽性 3. 陽性	
	コメント()		