

子宮がん検診票

番号		氏名		生年 月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住所				世帯主	
既往歴など	1	家族でがんにかかった人はいますか。	いない・いる (誰が) 部位 ()		
	2	月経はどうか。	() 日型 整・不整 (最近は 月 日から 日間)		
	3	閉経は何歳の時ですか。	満 歳		
	4	妊娠したことはありますか。	ない・ある (分娩は 回)		
	5	最後の分娩は何歳の時ですか。	満 歳		
	6	今までの婦人科の重い病気になったことはありますか。	ない・ある (病名)		
現在の状況	7	最近 (6か月以内に)、不正出血はありますか。	ない・ある (色: 鮮血・ピンク色・茶褐色) (出血の持続期間)		
	8	最近、おりものはありますか。	ない・ある (少量・中等量・多量) (色: 緑黄色・少し血が混じっている)		
	9	最近、お腹や腰が痛みますか。	痛まない・痛む (下腹部・腰部)		
	10	上記の他に気がついたことがあれば記入してください。			
11 今まで子宮がん検診を受けたことはありますか。			ない・ある (何回ありますか 回) 最近の3回を記入してください。 年 月 日 検診車・施設 (異常なし・精検) 年 月 日 検診車・施設 (異常なし・精検) 年 月 日 検診車・施設 (異常なし・精検)		
検診結果	視診所見	1 ポリープ 2 膣炎 3 その他 ()			
	内診所見 (双合診)	1 子宮筋腫 2 子宮筋腫の疑い 3 卵巣腫瘍 4 卵巣腫瘍の疑い 5 その他 ()			
	頸部細胞診所見	採取方法	サーベックスブラシ 頸管ブラシ スーパーテル 綿棒 その他 ()		
		標本適否	適正 不適正 (理由)		
		陰性	NILM 微生物 その他の非腫瘍性所見		
		扁平上皮系	ASC-US ASC-H LSIL HSIL SCC		
		腺系その他	AGC AIS 腺がん その他の悪性腫瘍		
★ ()					
※ 子宮体がん検診	ホルモン剤による治療を受けていますか。 (ステロイド剤の服用など)		いない・いる (種類) (期間)		
	子宮内避妊器具を使用していますか。		いない・いる (期間)		
	1か月以内に子宮内膜搔爬術を受けましたか。		受けない・受けた (年 月 日)		
	内膜細胞診所見		陰性 疑陽性 陽性 判定不能 採取不能 ★ ()		
指導区分		定期検診	要精検	要受診	
検診年月日		年 月 日			
検診実施機関及び医師名					印

指導区分 要精検：子宮がんの異常 要受診：子宮筋腫など子宮がん以外の異常
 ★必要があれば () 内に、その他の所見等を記載する。 ※子宮体がん検診の対象者に行う。