

子宮がん検診結果連絡票

子宮がん検診精密検査回報書

主治医 殿

市 町 村  
検診実施機関

子宮がん検診の結果、精密検査が必要とされましたので、精密検査を実施いただき、その結果を回報して下さるようお願いいたします。

検診年月日	年 月 日	検診番号	
氏 名		住 所	
一次 検診 結果	頸部 細胞診 所見	ベセスダシステム	推定病変
		<input type="checkbox"/> 陰性 (NILM)	<input type="checkbox"/> 微生物 <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍所見
		扁平上皮系異常	
		<input type="checkbox"/> ASC-US	軽度扁平上皮内病変疑い
		<input type="checkbox"/> ASC-H	高度扁平上皮内病変疑い
		<input type="checkbox"/> LSIL	<input type="checkbox"/> HPV 感染
			<input type="checkbox"/> 軽度異形成
			<input type="checkbox"/> HSIL
		<input type="checkbox"/> HSIL	<input type="checkbox"/> 中等度異形成
			<input type="checkbox"/> 高度異形成
		<input type="checkbox"/> SCC	<input type="checkbox"/> 上皮内がん
		腺系異常およびその他	
		<input type="checkbox"/> AGC	腺異型または腺がん疑い
		<input type="checkbox"/> AIS	上皮内腺がん
		<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma	腺がん
<input type="checkbox"/> Other malig.	その他の悪性腫瘍		
細胞所見 ( )			
★内 膜細 胞診 所見	陰性 疑陽性 陽性 判定不能 採取不能 ( )		
臨床 診断	問診 視診 内診		

市町村名	
一次検診年月日	年 月 日
検診番号	No.
精密検査年月日	年 月 日
精密検査実施項目 (実施した検査に○、 結果に☑してください)	1. HPV検査 (□陰性 □陽性 ) 2. コルポスコピー (□異常なし □異常所見あり) 3. 組織検査 (生検) □体部□頸部 (結果: ) 4. 内膜細胞診 (□陰性 □疑陽性 □陽性) 5. 双合診 (所見 ) 6. 上記以外 (検査名 )
精密検査結果 (診断内容)	1. 異常なし 2. 子宮頸がん (転移性を含まない) 病期 [□微小浸潤がん (IA 期のがん) □IA 期以外のがん、その他原発性悪性腫瘍] 3. 上皮内病変 (組織診による) [□AIS □CIN3 □CIN2 □CIN3 又は CIN2 のいずれかに区別できない (HSIL) □CIN1] 4. 子宮頸がん疑い又は未確定 5. 子宮体がん 6. その他の疾患 ( )
検査に伴う偶発症 (入院を要したもの)	無・有 (内容: ) (組織診検査中の大量出血など)
患者への指示、 市町村連絡事項	1. 次回の検診 2. 要経過観察 ( ヶ月後) 3. 要治療 ( 治療予定・治療済・他院へ紹介※へ記載 ) 4. その他 ( )
	※紹介先医療機関名
医療機関名 担当医師名	
回報書は最終的な診断をした施設から提出してください。精査のため他医療機関へ紹介する場合は、この回報書には何も記入せずに 紹介先へ持たせてください。	

注) ★は、子宮体がん検診の対象者について記載する。( )内には、必要に応じて、細胞診断名やその他の所見等を記載する。