

子宮がん個別検診受診票（穴水町）

受診券番号				*太枠内は本人(検診を受けられる方)が記入してください。	
住所	〒 穴水町字	検診年月日	平成	年	月 日
		生年月日	昭和	年	月 日生(満 歳)
氏名		T E L	-	-	
問 診	検診歴	1. 受診歴なし 2. 受診歴あり(平成 年) イ. 異常なし ロ. 異常あり(病名:)			
	既往歴	1. 妊娠歴 (1.有・2.無) 4. ホルモン治療 (1.有・2.無) 2. 出産回数 (回) 5. 産婦人科手術歴 (1.有・2.無) 3. 閉経 (満 歳) 6. 子宮内避妊器具 (1.有・2.無)			
	自覚症状	1. 最近の月経: 月 日から 日間 (1.順・2.不順) 2. 最近6ヶ月以内の不正出血 (1.有・2.無) 3. その他 ()			

検診結果

	子宮頸がん		子宮体がん
			該当のところに○印を付けて下さい。 1. 不正出血のある人 2. 子宮肥大のある人 3. その他、医師が必要と認めた人
細胞診所見	ベ セ ス ダ	20. 不適正 1. NILM 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. SCC 7. AGC 8. AIS 9. Adenoca 10. Other	1. 陰性 2. 疑陽性 3. 陽性 20. 判定不能
双合診所見	1. ポリープ 2. 子宮頸管炎 3. 子宮筋腫 99. その他		
総合判定	1. 精検不要 2. 要精検 3. 要治療 ・病的びらん ・ポリープ ・子宮頸管炎 ・子宮筋腫 ・その他() 10. 判定不能		1. 精検不要 2. 要精検 10. 判定不能
医療機関コード番号		医療機関名	医師名