

藤沢市子宮頸がん検診 検診票

藤沢市提出用

*重要事項

受診券に記載されている、9桁の番号を記入してください(再発行の場合は15桁)。

本機関及び検診事業主体である「藤沢市」が検査が必要と判定された方への受診勧奨や衛生行政に利用します。

<input type="checkbox"/>	① 徴収	<input type="checkbox"/>	② クーポン
<input type="checkbox"/>	免除	<input type="checkbox"/>	③ 70歳以上
		<input type="checkbox"/>	④ 20・22・24・26・28歳
		<input type="checkbox"/>	⑤ 障がい
		<input type="checkbox"/>	⑥ 生保他
		<input type="checkbox"/>	⑦ 非課税

検診実施年月日	20	年	月	日	受診者番号 (左詰めで記入)
フリガナ					生年月日
氏名					年 月 日 歳

徴収・免除のいずれかにレ印をつけてください。

住所	藤沢市	電話番号 (自宅・携帯)	()
検診歴	ポールペン等(鉛筆・消えるボールペン不可)で受診者の方に記入をお願いします。		
月経	前に受けた	<input type="checkbox"/> ② 2年前に受けた	<input type="checkbox"/> ③ 3年前に受けた
妊娠と分娩	妊娠したことがありますか	いいえ	はい
問診事項	最近6ヶ月間に、生理以外の出血またはピンクや茶色のおりものはありましたか	いいえ	はい
	生理は規則正しくありますか	はい	いいえ
	HPV		(陰性 陽性)
	HPV		()
	最近1		()
	婦人科		()
	病名		()

ボールペン等(鉛筆・消えるボールペン不可)で受診者の方に記入をお願いします。

クーポン券

クーポン券は、藤沢市提出用(1枚目)の受診者氏名と生年月日の下部にホチキスでとめてください。

※受診券は別にまとめてください。(ホチキスどめ不要)

検診区分	<input type="checkbox"/> ①
内診	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり
外陰部	<input type="checkbox"/>
頸部・膣	<input type="checkbox"/>
子宮	<input type="checkbox"/>
付属器	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>
出血	<input type="checkbox"/>
ポリープ	<input type="checkbox"/>
膣部見えず	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>
スコピー	<input type="checkbox"/>
浸潤がん	<input type="checkbox"/>
不適例	<input type="checkbox"/>
各種所見(1ポリープ 2炎症 3萎縮 4真びらん等)	<input type="checkbox"/>

採取方法	<input type="checkbox"/> サイトピック <input type="checkbox"/> 綿棒 <input type="checkbox"/> へら <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> 液状検体 <input type="checkbox"/> その他()
初回検体の適否	<input type="checkbox"/> ① 適正(判定可能) <input type="checkbox"/> ② 不適正(判定不可能)・再検査

細胞診	陰性	<input type="checkbox"/> ① NILM(陰性)	細胞診検査所
	扁平上皮系	<input type="checkbox"/> ② ASC-US(意義不明異型扁平上皮)	細胞診検査士
		<input type="checkbox"/> ③ ASC-H(高度病変を除外できない異型扁平上皮)	
		<input type="checkbox"/> ④ LSIL(軽度扁平上皮内病変)	
		<input type="checkbox"/> ⑤ HSIL(高度扁平上皮内病変)	
		<input type="checkbox"/> ⑥ SCC(扁平上皮癌)	
	AGC	指導医	
	AIS	指導医コメント	
	Aden		
	⑨ Other(その他の悪性腫瘍)		
	⑩ 判定不能		

該当する区分の□欄にレ印をつけてください。

NILM以外は、「要精密検査」の□欄にレ印をつけてください。

検診結果	<input type="checkbox"/> ① 精密検査不要 <input type="checkbox"/> ② 要精密検査 <input type="checkbox"/> ⑨ 判定不能
偶発症の有無	<input type="checkbox"/> ① 無 <input type="checkbox"/> ② 検診中または検診後に重篤な偶発症あり() <input type="checkbox"/> ③ 検診中または検診後に重篤な偶発症があり、そのうち偶発症()

医師会が指定する番号のうち、下5桁の番号を記入してください。

検診実施医療機関名	医療機関番号	0
所在地	電話番号	
医師名		