

東京都子宮頸がん検診の 精度管理のための技術的指針

令和5年●月

東京都福祉保健局

新旧対照表

資料 4-1②

東京都子宮頸がん検診の精度管理のための技術的指針（令和 5 年●月）

新	旧
<p>第 6 検診方法等 検診項目は、問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診とする。</p> <p>第 8 検診結果の報告及び通知 1 (略) 2 区市町村又は検診実施機関は、検診結果報告を基に、受診者宛てに「子宮頸がん検診結果通知書（様式 5 号）」を作成し、精密検査の必要性の有無を付し、受診者に速やかに通知する。 (1) 要精検：「子宮頸がん検診結果通知書（様式 5 号）」及び「<u>子宮頸がん検診精密検査依頼書兼結果報告書（様式 6 号)</u>」 (2) (略)</p> <p>第 9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握 1 (略) 2 子宮頸がん検診精密検査結果の把握 区市町村又は検診実施機関は、「<u>子宮頸がん検診精密検査依頼書兼結果報告書（様式 6 号)</u>」等により精密検査実施医療機関に精密検査を依頼するとともに、その結果を把握する。</p>	<p>第 6 検診方法等 検診項目は、問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診とする。 必要に応じて<u>コルポスコプ検査</u>を行う。</p> <p>第 8 検診結果の報告及び通知 1 (略) 2 区市町村又は検診実施機関は、検診結果報告を基に、受診者宛てに「子宮頸がん検診結果通知書（様式 5 号）」を作成し、精密検査の必要性の有無を付し、受診者に速やかに通知する。 (1) 要精検：「子宮頸がん検診結果通知書（様式 5 号）」及び「<u>子宮頸部精密検査依頼書及び結果報告書（様式 6 号)</u>」 (2) (略)</p> <p>第 9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握 1 (略) 2 子宮頸がん検診精密検査結果の把握 区市町村又は検診実施機関は、「<u>子宮頸部精密検査依頼書及び結果報告書（様式 6 号)</u>」等により精密検査実施医療機関に精密検査を依頼するとともに、その結果を把握する。</p>

新旧対照表

東京都子宮頸がん検診の精度管理のための技術的指針（令和 5 年●月）

新	旧
<p>なお、精密検査結果の区市町村又は検診実施機関への提供については、個人情報保護法の例外事項として認められている（「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンスについて」(平成 29 年 4 月 14 日付個情第 534 号・医政発 0414 第 6 号・薬生発 0414 第 1 号・老発 0414 第 1 号個人情報保護委員会事務局長・厚生労働省医政局長・医薬・生活衛生局長・老健局長連名通知) による。)</p>	<p>なお、精密検査結果の区市町村又は検診実施機関への提供については、個人情報保護法の例外事項として認められている（「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンスについて」(平成 29 年 4 月 14 日付個情第 534 号・医政発 0414 第 6 号・薬生発 0414 第 1 号・老発 0414 第 1 号個人情報保護委員会事務局長・厚生労働省医政局長・医薬・生活衛生局長・老健局長連名通知) による。)</p>

新旧対照表

東京都子宮頸がん検診の精度管理のための技術的指針（令和5年●月）

新	旧
<p>様式5号</p> <p>(様式5号)</p> <p style="text-align: center;">子宮頸がん検診結果通知書</p> <p style="text-align: right;">_____ 様</p> <p>(注) ○印があなたの検診結果です。</p> <p>1. 精密検査不要 … 今回の子宮頸がん検診では異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。</p> <p>ただし、細胞診検査ですべての子宮頸がんを発見することはできません。今回の検査で異常が無くても、不正出血などの自覚症状があった場合は、早い時期に医療機関を受診されるようお勧めします。また、症状が無くても2年に1度は必ず検診を受けましょう。</p> <p>2. 要精密検査 … 今回の子宮頸がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。</p> <p>子宮頸がん検診により、異常を認めました。 自覚症状のない場合もありますので、自治体もしくは検診機関の指示に従い、<u>すみやかに最寄りの婦人科専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</u></p> <p>ただし、要精密検査の方が必ずしも子宮頸がんとは限りません。前がん病変や異常なしのこともあります。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください></p> <ul style="list-style-type: none"> ・子宮頸がん検診結果通知書（本状） ・<u>子宮頸部精密検査依頼書兼結果報告書（同封）</u> ・健康保険証 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> <p>自治体の実状に応じて 適宜内容を変更して 使用してください。</p> </div> <p style="text-align: right;">_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: right;">検診機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師 _____</p>	<p>様式5号</p> <p>(様式5号)</p> <p style="text-align: center;">子宮頸がん検診結果通知書</p> <p style="text-align: right;">_____ 様</p> <p>(注) ○印があなたの検診結果です。</p> <p>1. 精密検査不要 … 今回の子宮頸がん検診では異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。</p> <p>ただし、細胞診検査ですべての子宮頸がんを発見することはできません。今回の検査で異常が無くても、不正出血などの自覚症状があった場合は、早い時期に医療機関を受診されるようお勧めします。また、症状が無くても2年に1度は必ず検診を受けましょう。</p> <p>2. 要精密検査 … 今回の子宮頸がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。</p> <p>子宮頸がん検診により、異常を認めました。 自覚症状のない場合もありますので、自治体もしくは検診機関の指示に従い、<u>すみやかに最寄りの婦人科専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</u></p> <p>ただし、要精密検査の方が必ずしも子宮頸がんとは限りません。前がん病変や異常なしのこともあります。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください></p> <ul style="list-style-type: none"> ・子宮頸がん検診結果通知書（本状） ・<u>子宮頸部精密検査依頼書及び結果報告書（同封）</u> ・健康保険証 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> <p>自治体の実状に応じて 適宜内容を変更して 使用してください。</p> </div> <p style="text-align: right;">_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: right;">検診機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師 _____</p>

新旧対照表

東京都子宮頸がん検診の精度管理のための技術的指針（令和5年●月）

新	旧																																																											
<p style="text-align: center;">様式 6号</p> <p style="text-align: center;">●●区子宮頸がん検診 精密検査依頼書 兼 結果報告書</p> <p>① ○○○○○○ 〇/〇</p> <p style="text-align: center;">子宮頸がん精密検査依頼書</p> <p>医療機関長様 御担当医様</p> <p>「個人情報情報は、記入内容にあわせて項目名を変更してください。（例：「住所」）</p> <p>返送先 〒 住所： TEL：</p> <p>年 月 日</p> <p>子宮頸がん精密検査依頼書 下部の方は●●区子宮頸がん検診の結果、要精密検査となりましたので、御高診の上、宜しく御指導をお願い申し上げます。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">氏名</td> <td style="width: 20%;">検診日</td> <td style="width: 20%;">年 月 日</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>検診機関名</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>個人識別情報</td> <td>子宮頸部細胞診(結果に〇)</td> <td>ASC-US</td> <td>ASC-H・LSIL・HSIL・AGC・AIS SOC・Adeno Ca.・Other</td> </tr> </table> <p>精密検査結果(貴院記入用) 精密検査結果について御記入の上、御返送くださいませうお願いします。</p> <p>※ 精密検査結果の区市町村及び区市町村から委託を受けた検診機関への提供は、個人情報保護法の例外事項として認められています。 <small>(「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」(個人情報保護委員会・厚生労働省)において、個人情報保護法第23条第1項第3号に該当すると規定されています。)</small></p> <p>※ 御記入いただいた内容は、区市町村が「地域保健・健康増進事業報告」(厚生労働省)に計上し、国及び都の地域保健施策のための基礎資料となります。(本書による御報告の後、追加調査に御協力いただく場合がございます。)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">精密検査</td> <td style="width: 30%;">結果(陽性・陰性)</td> <td style="width: 40%;"> <input type="checkbox"/> HPV検査 → 結果(陽性・陰性) <input type="checkbox"/> 細胞診 → 結果() <input type="checkbox"/> 組織診 </td> </tr> <tr> <td>実施した全ての検査を チェックしてください</td> <td> <input type="checkbox"/> コルポスコピー <input type="checkbox"/> 組織診 <input type="checkbox"/> 上記以外(検査法:) </td> <td> <small>【一次検診結果がASC-USの場合】 HPV検査または細胞診のみでも 精検受診として扱います。</small> <small>【一次検診結果がASC-US以外の場合】 コルポスコピー、組織診の実施で 精検受診として扱います。</small> </td> </tr> <tr> <td>診断区分</td> <td> <input type="checkbox"/> 異常なし・子宮頸部以外の疾患(卵巣がん、子宮体部に隣接する子宮体がん等) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん (<input type="checkbox"/> 扁平上皮癌 <input type="checkbox"/> 腺癌 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 上皮内病変 ※腺異形成は除く (<input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> CIN3 <input type="checkbox"/> CIN2 <input type="checkbox"/> CIN1) <input type="checkbox"/> 子宮頸がんの疑いのある者又は未確定 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん、AIS、CIN以外の子宮頸部の疾患 (転移性の子宮頸がん、子宮体がんの直接浸潤、腺異形成、尖圭コンジローマ等) <small>※入院治療を要するものとする(例:組織診中の多量出血、検査後の骨盤内感染等)</small> </td> <td> <input type="checkbox"/> あり → 内容() <input type="checkbox"/> あり → 内容() </td> </tr> <tr> <td>精密検査実施日</td> <td>精密検査実施医療機関名</td> <td>精密検査担当医師名</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td>TEL</td> <td></td> </tr> </table>	氏名	検診日	年 月 日		生年月日	検診機関名			個人識別情報	子宮頸部細胞診(結果に〇)	ASC-US	ASC-H・LSIL・HSIL・AGC・AIS SOC・Adeno Ca.・Other	精密検査	結果(陽性・陰性)	<input type="checkbox"/> HPV検査 → 結果(陽性・陰性) <input type="checkbox"/> 細胞診 → 結果() <input type="checkbox"/> 組織診	実施した全ての検査を チェックしてください	<input type="checkbox"/> コルポスコピー <input type="checkbox"/> 組織診 <input type="checkbox"/> 上記以外(検査法:)	<small>【一次検診結果がASC-USの場合】 HPV検査または細胞診のみでも 精検受診として扱います。</small> <small>【一次検診結果がASC-US以外の場合】 コルポスコピー、組織診の実施で 精検受診として扱います。</small>	診断区分	<input type="checkbox"/> 異常なし・子宮頸部以外の疾患(卵巣がん、子宮体部に隣接する子宮体がん等) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん (<input type="checkbox"/> 扁平上皮癌 <input type="checkbox"/> 腺癌 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 上皮内病変 ※腺異形成は除く (<input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> CIN3 <input type="checkbox"/> CIN2 <input type="checkbox"/> CIN1) <input type="checkbox"/> 子宮頸がんの疑いのある者又は未確定 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん、AIS、CIN以外の子宮頸部の疾患 (転移性の子宮頸がん、子宮体がんの直接浸潤、腺異形成、尖圭コンジローマ等) <small>※入院治療を要するものとする(例:組織診中の多量出血、検査後の骨盤内感染等)</small>	<input type="checkbox"/> あり → 内容() <input type="checkbox"/> あり → 内容()	精密検査実施日	精密検査実施医療機関名	精密検査担当医師名	年 月 日	TEL		<p style="text-align: center;">様式 6号</p> <p style="text-align: center;">子宮頸部精密検査依頼書</p> <p>① 子宮頸部精密検査実施医療機関長様 子宮頸部精密検査実施医療機関 殿</p> <p style="text-align: right;">返送先</p> <p>下部の方は子宮頸がん検診の結果、精密検査を要するものでよろしくお願いたします。 なお、再高診の上、該当項目を記入し、結果報告書(②、③)を一次検診機関又は区市町村に御返送ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>氏名</td> <td>住所</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>大正・昭和・平成</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> <p>子宮頸がん検診(一次検診)結果</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>検診日</td> <td>検診場所</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>検診機関名</td> <td>コルポスコピー所見</td> </tr> <tr> <td>検診機関住所</td> <td>びらん あり・なし ↓ ありの条件 腺癌 あり・なし</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td> <input type="checkbox"/> 子宮癌腫 <input type="checkbox"/> 卵巣癌腫 <input type="checkbox"/> 子宮内腺癌 <input type="checkbox"/> 胎嚢がりげ <input type="checkbox"/> その他 () </td> </tr> <tr> <td>検診の採取方法</td> <td>採取器具</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 直接採取法 <input type="checkbox"/> 酢酸染色法 <input type="checkbox"/> その他 () </td> <td> <input type="checkbox"/> ヘア <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> ナイトピック <input type="checkbox"/> その他 () </td> </tr> <tr> <td>子宮頸部細胞診判定(ベセスダシステム)</td> <td>細胞診所見記載(内径上皮細胞の有無等記載)</td> </tr> <tr> <td> (1) 標本の適否 <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正 () (2) 結果 <input type="checkbox"/> 腺生物 <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見 () ・扁平上皮内病変 <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SOC ・腺内腺癌 <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma ・その他の悪性腫瘍 () </td> <td> 精検判定結果 <input type="checkbox"/> 精検不要(細胞診陰性) <input type="checkbox"/> 要精検 a. コルポスコピー、生検 b. HPV検査 c. その他 () </td> </tr> <tr> <td>精密検査(精密検査実施医療機関記載欄)</td> <td>検査結果</td> </tr> <tr> <td> 最終診断区分(最終診断で明らかでない結果はチェック印を御記入ください) ・異常なし <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異性病変のみ ・上皮内病変 <input type="checkbox"/> CIN1(軽度異形成) <input type="checkbox"/> CIN2(中等度異形成) <input type="checkbox"/> CIN3(高度異形成、上皮内がん) ・子宮頸がん(確定) <input type="checkbox"/> 扁平上皮がん(IA期) <input type="checkbox"/> 扁平上皮がん(IB期以上) <input type="checkbox"/> 腺がん(IA期) <input type="checkbox"/> 腺がん(IB期以上) <input type="checkbox"/> 腺扁平上皮がん <input type="checkbox"/> その他の悪性性腫瘍 () ・その他の悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 子宮頸部以外の子宮悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> 転移性悪性腫瘍 () ・その他 <input type="checkbox"/> 確定できず </td> <td> (1) コルポスコピー所見 (a. 実施しない b. 実施した: 年 月 日) (a. 正常所見のみ b. 異常所見あり c. 後がん所見 (c. その他のがん所見) (2) 細胞診結果 (a. 実施しない b. 実施した: 年 月 日) 標本の適否 (a. 適正 b. 不適正) 結果() (3) 精検検査 (a. 実施しない b. 実施した: 年 月 日) 採取方法(ピンチ、円錐切除、LEEP、その他:) 結果() (4) その他の検査 ※ HPV検査(コルポスコピー)の併用は、 併用可能であることを御記入ください。 (a. 実施しない b. 実施した: 年 月 日) 検査方法() 結果() </td> </tr> <tr> <td> 指示(前年年度に実施するものにチェック印を御記入ください) <input type="checkbox"/> 次回子宮頸がん検診の受診を指示 <input type="checkbox"/> 経過観察(次回 〇月 〇日) <input type="checkbox"/> 治療予定 (a. 観待時 b. その他:) <input type="checkbox"/> 治療済み(併発症: 年 月 日) a. 手術: 術式() b. その他: 治療名() </td> <td> 精検検査実施医療機関 精検担当医名 年 月 日 </td> </tr> <tr> <td> 医師紹介 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 医師機関名: 医師名: 紹介年月日(年 月 日) </td> <td> 御担当医名 御担当年月日(年 月 日) </td> </tr> </table>	氏名	住所	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	年 月 日	検診日	検診場所	年 月 日		検診機関名	コルポスコピー所見	検診機関住所	びらん あり・なし ↓ ありの条件 腺癌 あり・なし	電話番号	<input type="checkbox"/> 子宮癌腫 <input type="checkbox"/> 卵巣癌腫 <input type="checkbox"/> 子宮内腺癌 <input type="checkbox"/> 胎嚢がりげ <input type="checkbox"/> その他 ()	検診の採取方法	採取器具	<input type="checkbox"/> 直接採取法 <input type="checkbox"/> 酢酸染色法 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> ヘア <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> ナイトピック <input type="checkbox"/> その他 ()	子宮頸部細胞診判定(ベセスダシステム)	細胞診所見記載(内径上皮細胞の有無等記載)	(1) 標本の適否 <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正 () (2) 結果 <input type="checkbox"/> 腺生物 <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見 () ・扁平上皮内病変 <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SOC ・腺内腺癌 <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma ・その他の悪性腫瘍 ()	精検判定結果 <input type="checkbox"/> 精検不要(細胞診陰性) <input type="checkbox"/> 要精検 a. コルポスコピー、生検 b. HPV検査 c. その他 ()	精密検査(精密検査実施医療機関記載欄)	検査結果	最終診断区分(最終診断で明らかでない結果はチェック印を御記入ください) ・異常なし <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異性病変のみ ・上皮内病変 <input type="checkbox"/> CIN1(軽度異形成) <input type="checkbox"/> CIN2(中等度異形成) <input type="checkbox"/> CIN3(高度異形成、上皮内がん) ・子宮頸がん(確定) <input type="checkbox"/> 扁平上皮がん(IA期) <input type="checkbox"/> 扁平上皮がん(IB期以上) <input type="checkbox"/> 腺がん(IA期) <input type="checkbox"/> 腺がん(IB期以上) <input type="checkbox"/> 腺扁平上皮がん <input type="checkbox"/> その他の悪性性腫瘍 () ・その他の悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 子宮頸部以外の子宮悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> 転移性悪性腫瘍 () ・その他 <input type="checkbox"/> 確定できず	(1) コルポスコピー所見 (a. 実施しない b. 実施した: 年 月 日) (a. 正常所見のみ b. 異常所見あり c. 後がん所見 (c. その他のがん所見) (2) 細胞診結果 (a. 実施しない b. 実施した: 年 月 日) 標本の適否 (a. 適正 b. 不適正) 結果() (3) 精検検査 (a. 実施しない b. 実施した: 年 月 日) 採取方法(ピンチ、円錐切除、LEEP、その他:) 結果() (4) その他の検査 ※ HPV検査(コルポスコピー)の併用は、 併用可能であることを御記入ください。 (a. 実施しない b. 実施した: 年 月 日) 検査方法() 結果()	指示(前年年度に実施するものにチェック印を御記入ください) <input type="checkbox"/> 次回子宮頸がん検診の受診を指示 <input type="checkbox"/> 経過観察(次回 〇月 〇日) <input type="checkbox"/> 治療予定 (a. 観待時 b. その他:) <input type="checkbox"/> 治療済み(併発症: 年 月 日) a. 手術: 術式() b. その他: 治療名()	精検検査実施医療機関 精検担当医名 年 月 日	医師紹介 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 医師機関名: 医師名: 紹介年月日(年 月 日)	御担当医名 御担当年月日(年 月 日)
氏名	検診日	年 月 日																																																										
生年月日	検診機関名																																																											
個人識別情報	子宮頸部細胞診(結果に〇)	ASC-US	ASC-H・LSIL・HSIL・AGC・AIS SOC・Adeno Ca.・Other																																																									
精密検査	結果(陽性・陰性)	<input type="checkbox"/> HPV検査 → 結果(陽性・陰性) <input type="checkbox"/> 細胞診 → 結果() <input type="checkbox"/> 組織診																																																										
実施した全ての検査を チェックしてください	<input type="checkbox"/> コルポスコピー <input type="checkbox"/> 組織診 <input type="checkbox"/> 上記以外(検査法:)	<small>【一次検診結果がASC-USの場合】 HPV検査または細胞診のみでも 精検受診として扱います。</small> <small>【一次検診結果がASC-US以外の場合】 コルポスコピー、組織診の実施で 精検受診として扱います。</small>																																																										
診断区分	<input type="checkbox"/> 異常なし・子宮頸部以外の疾患(卵巣がん、子宮体部に隣接する子宮体がん等) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん (<input type="checkbox"/> 扁平上皮癌 <input type="checkbox"/> 腺癌 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 上皮内病変 ※腺異形成は除く (<input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> CIN3 <input type="checkbox"/> CIN2 <input type="checkbox"/> CIN1) <input type="checkbox"/> 子宮頸がんの疑いのある者又は未確定 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん、AIS、CIN以外の子宮頸部の疾患 (転移性の子宮頸がん、子宮体がんの直接浸潤、腺異形成、尖圭コンジローマ等) <small>※入院治療を要するものとする(例:組織診中の多量出血、検査後の骨盤内感染等)</small>	<input type="checkbox"/> あり → 内容() <input type="checkbox"/> あり → 内容()																																																										
精密検査実施日	精密検査実施医療機関名	精密検査担当医師名																																																										
年 月 日	TEL																																																											
氏名	住所																																																											
生年月日	大正・昭和・平成																																																											
年 月 日	年 月 日																																																											
検診日	検診場所																																																											
年 月 日																																																												
検診機関名	コルポスコピー所見																																																											
検診機関住所	びらん あり・なし ↓ ありの条件 腺癌 あり・なし																																																											
電話番号	<input type="checkbox"/> 子宮癌腫 <input type="checkbox"/> 卵巣癌腫 <input type="checkbox"/> 子宮内腺癌 <input type="checkbox"/> 胎嚢がりげ <input type="checkbox"/> その他 ()																																																											
検診の採取方法	採取器具																																																											
<input type="checkbox"/> 直接採取法 <input type="checkbox"/> 酢酸染色法 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> ヘア <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> ナイトピック <input type="checkbox"/> その他 ()																																																											
子宮頸部細胞診判定(ベセスダシステム)	細胞診所見記載(内径上皮細胞の有無等記載)																																																											
(1) 標本の適否 <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正 () (2) 結果 <input type="checkbox"/> 腺生物 <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見 () ・扁平上皮内病変 <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SOC ・腺内腺癌 <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma ・その他の悪性腫瘍 ()	精検判定結果 <input type="checkbox"/> 精検不要(細胞診陰性) <input type="checkbox"/> 要精検 a. コルポスコピー、生検 b. HPV検査 c. その他 ()																																																											
精密検査(精密検査実施医療機関記載欄)	検査結果																																																											
最終診断区分(最終診断で明らかでない結果はチェック印を御記入ください) ・異常なし <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異性病変のみ ・上皮内病変 <input type="checkbox"/> CIN1(軽度異形成) <input type="checkbox"/> CIN2(中等度異形成) <input type="checkbox"/> CIN3(高度異形成、上皮内がん) ・子宮頸がん(確定) <input type="checkbox"/> 扁平上皮がん(IA期) <input type="checkbox"/> 扁平上皮がん(IB期以上) <input type="checkbox"/> 腺がん(IA期) <input type="checkbox"/> 腺がん(IB期以上) <input type="checkbox"/> 腺扁平上皮がん <input type="checkbox"/> その他の悪性性腫瘍 () ・その他の悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 子宮頸部以外の子宮悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> 転移性悪性腫瘍 () ・その他 <input type="checkbox"/> 確定できず	(1) コルポスコピー所見 (a. 実施しない b. 実施した: 年 月 日) (a. 正常所見のみ b. 異常所見あり c. 後がん所見 (c. その他のがん所見) (2) 細胞診結果 (a. 実施しない b. 実施した: 年 月 日) 標本の適否 (a. 適正 b. 不適正) 結果() (3) 精検検査 (a. 実施しない b. 実施した: 年 月 日) 採取方法(ピンチ、円錐切除、LEEP、その他:) 結果() (4) その他の検査 ※ HPV検査(コルポスコピー)の併用は、 併用可能であることを御記入ください。 (a. 実施しない b. 実施した: 年 月 日) 検査方法() 結果()																																																											
指示(前年年度に実施するものにチェック印を御記入ください) <input type="checkbox"/> 次回子宮頸がん検診の受診を指示 <input type="checkbox"/> 経過観察(次回 〇月 〇日) <input type="checkbox"/> 治療予定 (a. 観待時 b. その他:) <input type="checkbox"/> 治療済み(併発症: 年 月 日) a. 手術: 術式() b. その他: 治療名()	精検検査実施医療機関 精検担当医名 年 月 日																																																											
医師紹介 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 医師機関名: 医師名: 紹介年月日(年 月 日)	御担当医名 御担当年月日(年 月 日)																																																											