

※ 太枠の該当事項に○印か必要事項を記入してください

様式3号の1 (頸がん用)

医療機関の主治医 様

本書持参の方は、子宮がんの検診の結果、裏面の所見のとおり精密検査を要すると思われますのでよろしくお願ひします。

本検診は健康増進法に基づく検診となっております。精密検査結果については有所見者の事後指導及び検診の精度管理等に役立てたいと存じますので、お手数ですが下記の精密検査結果通知書に所要事項をご記入のうえ、下記あてご送付くださるようお願いいたします。

ご送付の際には、受診者持参の返信用封筒をご利用ください。

市 町 村 長
(検診機関名)



子宮頸がん精密検査結果通知書

精密検査実施年月日	年 月 日
最終診断区分(病理診断で得られた最高病変をお書きください。) (1) 異常なし <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 良性病変のみ (2) 上皮内腫瘍 <input type="checkbox"/> CIN1 <input type="checkbox"/> CIN2 <input type="checkbox"/> CIN3 <input type="checkbox"/> 腺異型成 <input type="checkbox"/> 上皮内腺癌 (AIS) (3) 子宮頸がん(確定 転移性を含まない) <input type="checkbox"/> 微小浸潤扁平上皮がん (IA期の扁平上皮癌) <input type="checkbox"/> 扁平上皮がん (IB期以上) <input type="checkbox"/> 微小浸潤腺がん (IA期の腺癌) <input type="checkbox"/> 腺がん (IB期以上) <input type="checkbox"/> 腺扁平上皮がん <input type="checkbox"/> その他の腫瘍 () <input type="checkbox"/> 続発性腫瘍 (4) 子宮頸がん(転移性のもの) (5) <input type="checkbox"/> 確定できず	検査結果 (1) コルポスコピー所見 (a. NCF b. ACF c. IC d. UCF e. MF) (2) 細胞診検査 実施年月日:平成 年 月 日 結果 () (3) 組織検査 実施年月日:平成 年 月 日 採取方法 (パンチ、円錐切除、LEEP、その他:) 結果 () (4) HPV感染の有無 <input type="checkbox"/> 未実施 実施年月日:平成 年 月 日 型別 (該当に○ 16,18,31,33,45,51,52,56,58,その他) (5) その他の検査 実施年月日:平成 年 月 日 検査方法 () 結果 ()
指示 (1) <input type="checkbox"/> 要手術 (5) <input type="checkbox"/> 他院紹介 (2) <input type="checkbox"/> 入院治療 病院名 () (3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし (4) <input type="checkbox"/> 経過観察	

ご依頼のあった精密検査結果について下記のとおり通知します。

年 月 日

市町村長あて

医療機関の所在地.....

医療機関の名称.....

担当医師名..... (印)