

令和6年度松山市子宮頸がん個別検診受診票(指定医療機関用)

●指定医療機関据え置き受診票:昨年度の松山市子宮頸がん検診受診の有無を、必ず松山市保健所へ確認すること。

確認日(令和 年 月 日) 医療機関確認者() 松山市保健所:911-1819

※子宮頸がん検診は2年度ごとの受診となりますので、昨年度本市の子宮頸がん検診を受診された方は、今回受診できません。

医療機関名		医療機関番号	3	8	1								
-------	--	--------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

以下の枠内をご記入ください。同意書をよくお読みになり、署名をお願いします。

受診日	令和 年 月 日	保険の種類	1. 松山市国保 2. 松山市国保以外	
住所 (住民票住所)	松山市 (マンション名など: 号室)	電話番号	1. 自宅 2. 携帯 ()	
フリガナ 氏名		生年月日	2. 大 3. 昭 4. 平 年 月 日	年齢 歳

同意書

この検診は、松山市に住民票がある20歳(今年度末年齢)以上の女性で、昨年度と今年度に松山市の子宮頸がん検診を受診していない方が対象です。以下の点をよくお読みいただき、同意書に自署をお願いいたします。なお、同意されない場合、受診はできません。

- ①私は受診日に松山市に住民票がある20歳以上(今年度末年齢)の女性です。
- ②私は昨年度と今年度に松山市の子宮頸がん検診を受診していません。
- ③松山市が検診に関する個人情報(住所、年齢、性別、自己負担免除の対象要件等)を確認・使用することを了承します。
- ④今後、上記①②に相違があった場合や、自己負担免除の対象でないことが判明した場合、検診費用最大10,512円を医療機関へ支払うことを約束します。

氏名(自署)

裏面に進んでください。

以下の太枠内をご記入ください。

氏名 _____		生年月日 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
昨年度、松山市の子宮頸がん検診を受けましたか。 受けない ・ 受けた (受診場所 _____)			
1. 前回の検診・受診状況	<input type="checkbox"/> 今回初めて受診 <input type="checkbox"/> 過去に受診している 前回は _____ 年前 検診機関 <input type="checkbox"/> 集団検診 <input type="checkbox"/> 医療機関 (医療機関名 _____) 結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 精密検査が必要 <input type="checkbox"/> 異常あり (病名 _____)		
2. 月経歴	初経 _____ 歳 周期 <input type="checkbox"/> あまりくわらない <input type="checkbox"/> 1週間以上くわることがよくある 最後の月経 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 月経中 閉経 _____ 歳 (または _____ 年前)		
3. 妊娠分娩歴	<input type="checkbox"/> 妊娠なし <input type="checkbox"/> 現在妊娠している <input type="checkbox"/> 過去に妊娠あり { _____ 回 お産 (7か月以後) _____ 回 流産 (6か月以前) _____ 回 中絶 _____ 回 最後の妊娠 _____ 歳 (または _____ 年前)		
4. 既 応 歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ 歳 (病名 _____) 手術 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> した -1. 産婦人科の病気や手術 _____ 歳 (病名 _____) 手術 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> した		
-2. 子宮頸部病変 (子宮頸部異形成)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ 歳 ※いずれかに○ (軽度・中度・高度上皮内がん) 手術 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> した		
5. 最近6か月以内の不正性器出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { <input type="checkbox"/> 閉経後の出血 <input type="checkbox"/> 月経以外の出血 <input type="checkbox"/> 月経過多 <input type="checkbox"/> 性交後の出血 <input type="checkbox"/> 下着に少量のしみ <input type="checkbox"/> 褐色のおりもの <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
5で「あり」と答えた人	6. ホルモン剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類 _____ 期間 _____)	
	7. 子宮内避妊具 (リング等)の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (期間 _____)	8. 最近1か月以内の子宮内膜掻爬術
9. 子宮頸がんワクチン (HPVワクチン)の接種状況	<input type="checkbox"/> 接種なし <input type="checkbox"/> 接種あり 接種時期 _____ 年 ~ _____ 年 ワクチンを接種した回数 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 接種したワクチンの種類 <input type="checkbox"/> サーバリックス (2価) <input type="checkbox"/> ガーダシル (4価)		
10. 気になる症状	(おりものや痛みなど具体的に)		
11. 子宮体部がん	子宮体部がんの検査をした方がよい場合は、その検査に同意されますか。 はい ・ いいえ		
12. 血縁者でがんにかかった人がいますか。()にどこのがんか、記入してください。	父 (_____) 母 (_____) 兄弟 (_____) 姉妹 (_____) 父方 祖父 (_____) 祖母 (_____) おじ (_____) おば (_____) 母方 祖父 (_____) 祖母 (_____) おじ (_____) おば (_____)		

※以下は、医師が記入します。該当する番号に○をしてください。

細胞診	分類	所見	スライドNo.	採取器具	コメント
	ベセスダシステム	1. NILM 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. SCC 7. AGC 8. AIS 9. Adenocarcinoma 10. other 11. 検体不適正			
臨床所見	2. 異常なし 1. 異常あり (病名 _____)				
総合判定	1. 精検不要 2. 要精検 3. 要頸がん再検 (検体不適正) 4. 要体がん再検 (細胞採取不能)				

注1) 1. NILM、11. 検体不適正以外は、すべて要精検になります。ただし、11の場合でも臨床所見の内容によっては要精検になる場合もあります。

注2) 臨床所見欄で、治療必要な異常所見がある場合は、病名を記入してください。

☆自己負担金の免除をした場合は、以下、該当する番号に○をしてください。

免除区分 1 = 後期高齢者 2 = 生活保護 3 = 非課税 4 = 中国残留邦人