

精密検査依頼書（子宮頸がん検診）

精密検査担当医師 様

当院にて実施しました松山市子宮頸がん検診の結果、要精密検査と判定されました。御多忙中恐縮ですが、下記報告書に精検結果をご記入のうえ、御返送くださいますようお願いいたします。

検診年月日	令和 年 月 日	医療機関名 担当医師名	印
ふりがな		生年月日	
氏名		大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住所			
検診結果	標本状態	<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正 <input type="checkbox"/> 内膜細胞採取不能	
	頸部	<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> Adeno Ca <input type="checkbox"/> other	
	体部	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 偽陽性 <input type="checkbox"/> 陽性	
	細胞診所見		臨床所見

なお、一次検診結果がベセスタ分類でNILM以外又は子宮体がん検診で偽陽性以上は必ず精密検査をお願いします。

子宮がん精密検査結果報告書

検診年月日	令和 年 月 日 ※上記の検診年月日以降の日付	医療機関名 担当医師名	
検査方法	1. 細胞診	結果	頸部： <input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> Adeno Ca <input type="checkbox"/> other <input type="checkbox"/> 検体不適正 体部： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 偽陽性 <input type="checkbox"/> 陽性
	2. 生検	3. コルポスコープ	4. 円切
	6. HPV 検査(結果：① 陰性 ② 陽性)	7. その他()	5. 経膈超音波
診断名 ※ ¹	1. 異常なし		
	2. 原発性子宮頸がん ※①~④のいずれかに○を、病期には✓を入れてください。 └─▶ ① 扁平上皮内がん ② 微小浸潤がん ③ 浸潤がん ④ 子宮頸部腺がん └─▶ 病期： <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IB <input type="checkbox"/> II期以上 <input type="checkbox"/> 病期不明		
	3. 転移性子宮頸がん(原発部位)	4. 原発性子宮体がん	
	5. 転移性子宮体がん(原発部位)		
	6. 子宮頸がん疑い	7. 子宮体がん疑い	8. 子宮がん以外のがん()
	9. CIN1(軽度異形成)	10. CIN2(中等度異形成)	11. CIN3(高度異形成)
	12. AIS(上皮内腺癌)	13. HSIL(CIN3とCIN2の区別ができないもの)	
	14. がんの疑いまたは未確定		
	15. 子宮内膜増殖症 (単純型・複雑型)		
	16. 頸管炎	17. 腺異形成	18. その他の良性疾患()
今後の方針	1. 異常なし		
	2. 経過観察(月毎)		
	3. 要治療		
	4. 治療済(令和 年 月 日 治療法:)		
	治療済の場合は、上記の「診断名(※ ¹)」に最終診断をご記入ください。		
	5. 要手術	6. 放置	7. 他院へ紹介()
	8. その他()		

※診断名欄が『2原発性子宮頸がんの病期不明』や、『6子宮頸がん疑い』、『7子宮体がん疑い』、『14 がんの疑いまたは未確定』の場合は、健康づくり推進課から報告書に記載の医療機関へ病期等の追跡調査を行うことがあります。
※この報告書は、健康づくり推進課へ返信をお願いします(別添の封筒にて御投函ください。)