

年 月 日

子宮がん検診結果連絡票

主治医殿

市 町 村  
検診実施機関

子宮がん検診の結果、次の者が精密検査の必要ありとされましたので、精密検査を実施していただき、その結果を御回報くださるようお願い致します。

検診年月日	年 月 日	検診番号		
氏 名		住 所		
一次 検診 結果	頸部 細胞診 所見	ベセスダシステム	推定病変	
		<input type="checkbox"/> 陰性 (NILM)	<input type="checkbox"/> 微生物 <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍所見	
		扁平上皮系異常	日母分類	
		<input type="checkbox"/> ASC-US	軽度扁平上皮内病変疑い	II - III a
		<input type="checkbox"/> ASC-H	高度扁平上皮内病変疑い	III a - III b
		<input type="checkbox"/> LSIL	<input type="checkbox"/> HPV 感染	III a
			<input type="checkbox"/> 軽度異形成	
		<input type="checkbox"/> HSIL	<input type="checkbox"/> 中等度異形成	III a
			<input type="checkbox"/> 高度異形成	III b
			<input type="checkbox"/> 上皮内がん	IV
		<input type="checkbox"/> SCC	扁平上皮がん	V
		腺系異常およびその他		
		<input type="checkbox"/> AGC	腺異形または腺がん疑い	III
		<input type="checkbox"/> AIS	上皮内腺がん	IV
		<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma	腺がん	V
<input type="checkbox"/> Other malig.	その他の悪性腫瘍	V		
細胞所見				
※内膜細胞診所見	陰性 疑陽性 陽性 判定不能 採取不能	★ ( )		
臨床診断	問診 視診 内診			

市町村名	
一次検診年月日	年 月 日
検診番号	No.
精密検査年月日	年 月 日
頸部細胞診 (ベセスダシステム)	NILM: 微生物 その他の非腫瘍 要精検: ASC-US ASC-H LSIL HSIL SCC AGC AIS 腺がん その他の悪性腫瘍
HPV検査結果	
内膜細胞診	陰性 疑陽性 陽性 判定不能 採取不能
双合診等	
精密検査結果	異常なし 異形成 [CIN1・CIN2] 子宮頸がん [上皮内がん (CIN3) ・微小浸潤がん・浸潤がん] 子宮体がん その他の疾患 ( )
患者への指示 および 市町村への 連絡事項	1 次回の検診 2 経過観察 ( ) か月後 3 要治療 ( 入院・外来 ) 4 その他 ( )
担当医師名	

注) ★には、必要があれば ( ) 内に、細胞診断名や所見等を記載する。  
※は、子宮体がん検診の対象者について記載する。

※ 項目の追加は市町村・検診機関の自由とする。