

### 上尾市 子宮がん検診再検査結果連絡票

フリガナ		受診番号	
氏名		一次検査日	令和 年 月 日
住所		生年月日	昭・平 年 月 ( 日 歳)
再検査日	令和 年 月 日		

頸がん検診				
診察	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> ポリープ	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 附属器腫瘍 <input type="checkbox"/> その他 ( )
採取器具	<input type="checkbox"/> へら	<input type="checkbox"/> ブラシ	<input type="checkbox"/> サーベックスブラシ	<input type="checkbox"/> サイトピック <input type="checkbox"/> 綿棒 <input type="checkbox"/> その他 ( )
標本適否	<input type="checkbox"/> 適正	<input type="checkbox"/> 不適正	⇒ [ <input type="checkbox"/> 判定 <input type="checkbox"/> 判定不能 ]	
細胞診	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> ASC-US	<input type="checkbox"/> ASC-H	<input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> SCC
	<input type="checkbox"/> HSIL (	<input type="checkbox"/> 中等度異形性	<input type="checkbox"/> 高度異形性	<input type="checkbox"/> 上皮内癌 )
	<input type="checkbox"/> AGC	<input type="checkbox"/> AIS	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma	<input type="checkbox"/> Other malignancy (その他の悪性腫瘍)
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 要精検	<input type="checkbox"/> 要診察	※ASC-US該当者に保険診療にてHPV検査を実施した場合はその結果も教えてください。 □HPV検査陰性 □HPV検査陽性 □未実施

体がん検診				
採取器具	<input type="checkbox"/> エンドサイト	<input type="checkbox"/> ブラシ	<input type="checkbox"/> エンドサーチ <input type="checkbox"/> ソフトサイト <input type="checkbox"/> その他 ( )	
細胞診	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 疑陽性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 要精検	<input type="checkbox"/> 要診察	

実施機関	名称		コード	
	所在地			
	医師名			
	電話			