

奈良県子宮頸がん検診実施要領

1. 目的

子宮がんは、早期発見・早期治療を行えばほとんどが治癒する疾患である。子宮がん検診は、子宮頸部及び体部に発生するがんを早期に発見することを目的に行う。同時に、子宮頸がんの多くにウイルス感染症が関与していることを踏まえ、子宮がんの予防の正しい知識の普及啓発に努める。

2. 実施主体

実施主体は、市町村とする。

3. 対象者

当該市町村の区域内に居住地を有する 20 歳以上の女性。検診回数は、原則として、同一人について、2 年に 1 回行うものとし、前年度受診しなかった者に対しては、積極的に受診勧奨を行うものとする。したがって、受診機会は必ず毎年度設けることとし、受診率については以下の算式により算定するものとする。

$$\text{受診率} = \frac{(\text{前年度の受診者数}) + (\text{当該年度の受診者数}) - (\text{前年度及び当該年度における 2 年連続受診者数})}{(\text{当該年度の対象者数} *) \times 100}$$

4. 検診項目

検診項目は、問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診を行う。なお、コルポスコープ検査が必要な場合は、保険診療により対応する。

※なお、問診の結果、最近 6 カ月以内に
ア. 不正性器出血（一過性の少量の出血、閉経後出血等）
イ. 月経異常（過多月経、不規則月経等）
ウ. 褐色帯下

のいずれかの症状を有していたことが判明した者については、子宮体部がんの疑いがあるので、体部がん検査の受診を勧奨すること。

体部がん検診を実施する市町村の受診者で、上記条件（※）を満たし、子宮体部の細胞診を実施することに同意された場合は、引き続き体部がん検診を行うことができる。その際、細胞診検査に係る疼痛や出血等の合併症があること、細胞診偽陰性の可能性があり頸部検診に比べ精度がやや劣ること等について、十分説明を行ったうえで実施すること。

- (1) 問診は、既往歴に加え、妊娠・分娩歴、月経の状況、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取する。とりわけ不正性器出血については、いわゆる不正性器出血、閉経後出血、不規則月経、下着に付着した染み程度の赤色斑点（ス

ポッティング)、一時的な少量の出血、褐色帯下等出血に起因するすべての状態を含むことから、これらの状態を正しく把握することが重要である。

- (2) 視診は、膣鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察する。
- (3) 細胞診については、子宮頸管及び膣部表面の全面擦過法、子宮体部は吸引法または擦過法によることとし、迅速に固定した後、パパニコロウ染色を行い顕微鏡下で観察する。その際、対象者は主として更年期又は更年期以降の婦人であることから、子宮頸管が狭くなっていること等を考慮し、吸引法及び擦過法の両器具を準備しておくことが望ましい。検診車等で検診を実施する場合であって、吸引法又は擦過法のいずれかの方法を用いても器具の挿入ができないときには、速やかに医療機関を受診するように指導するとともに、医療機関における細胞診の結果等の把握に努める。
- また、細胞採取器具については、ベセスダ分類の不適正検体の発生による受診者の再検査の負担を軽減させるため、綿棒の使用は妊婦や集団検診の場合等、検診実施医師が必要と判断する対象者のみとすることが望ましい。

- (4) 内診は、双合診を実施する。

5. 検診方法

- (1) 医療機関の登録及び委託契約

医療機関検診は、「子宮がん検診実施に関する契約」に記載された医療機関で実施する。

集団検診は、市町村と集団検診機関との委託契約等によって実施する。

- (2) 対象者の把握等

市町村は、あらかじめその地域の子宮がん発見の現状や対象者の把握を行い、保健所、地区医師会、検診機関等と十分連携を図るものとする。

市町村は、過去の受診結果を踏まえ、対象者の把握に努め、未受診者に対する受診勧奨等検診の効率化に努めるものとする。

- (3) 検診申し込み

市町村は、受診希望者から子宮がん検診の申し込みがあった場合は、検診の意義や方法について十分説明すること。健康手帳の活用について指導するものとする。

医療機関検診は、**子宮がん検診医療機関受診受付名簿(様式5)**を作成し、**子宮がん検診医療機関受診票等(様式1~4)**を受診申込者に交付する。

集団検診は、**子宮がん集団検診受診者名簿(兼)結果通知書(様式8)**を作成するものとする。

- (4) 検診の実施

医療機関は、市町村が発行する**子宮がん検診医療機関受診票等(様式1~4)**を提示した者について検診を実施する。また、検診の子宮頸部細胞診の結果が、ベセスダ分類の不適であった場合、医療機関は、再検査と明記した**子宮がん検診医療機関受診票等(様式1~4)**を市町村に請求し、受診者に、再検査と明記した**子宮がん検診医療機関受診票等(様式1~4)**を渡して、再検査の実施について知らせる。

そして、再検査と明記した**子宮がん検診医療機関受診票等(様式1~4)**を提示した者について子宮頸部細胞診の再検査を実施する。

集団検診は、受診者が記入した**子宮がん集団検診記録票(様式9)**に基づき検診

を実施する。

(5) 結果通知

医療機関検診では、医療機関は検診結果を**子宮がん検診記録票（様式3）**に記入の上、県医師会を經由して市町村に報告するとともに、受診者に検診結果を知らせ、必要に応じて事後指導を行う。また、検診の子宮頸部細胞診の結果がベセスダ分類の不適であった者の再検査を実施した場合も、医療機関は、検診結果を再検査と明記された**子宮がん検診記録票（様式3）**に記入の上、県医師会を經由して市町村に報告するとともに、受診者に検診結果を知らせ、必要に応じて事後指導を行う。

集団検診では、集団検診機関が検診結果通知を**子宮がん集団検診受診者名簿（兼）結果通知書（様式8）**及び**子宮がん集団検診記録票（様式9）**により市町村に報告する。

市町村は、**子宮がん検診報告票・子宮がん集団検診票**に基づいて、受診者に結果通知及び事後指導を行う。

検診実施医療機関及び集団検診機関は、精密検査を必要とする者については、**子宮がん検診精密検査依頼書兼結果通知書（様式7）**により、精密検査医療機関に精密検査を依頼する。

精密検査医療機関は、**子宮がん検診精密検査依頼書兼結果通知書（様式7）**によって精密検査結果を検診実施医療機関及び集団検診機関に報告する。

市町村への精密検査結果報告は、検診実施医療機関及び集団検診機関が行う。

市町村は、精密検査結果を整理するとともに、未報告分については、精密検査実施医療機関に照会する。なお、精密検査医療機関及び医療機関並びに検診機関は、保健師等が事後状況調査を行うにあたって協力するものとする。

(6) 事後指導等

市町村は、**子宮がん検診記録票（様式3）**、**子宮がん集団検診記録票（様式9）**に基づき、**子宮がん検診医療機関受診受付名簿（様式5）**及び**子宮がん集団検診受診者名簿（兼）結果通知書（様式8）**を整理するとともに要精検者については、**子宮がん検診要精検者名簿（様式6）**を作成し、秘密保持に留意の上事後状況を把握し、未受診者への受診勧奨及び事後指導を行うものとする。

(7) 細胞診による指導区分等

ア. 検体の顕微鏡検査は、十分な経験を有する医師及び臨床検査技師を有する専門的検査機関において行う。この場合において、医師及び臨床検査技師は日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士であることが望ましい。

イ. 子宮頸部の細胞診の結果は、**ベセスダ分類（NILM、ASC-US、ASC-H、L-SIL、H-SIL、SCC、AGC、AIS、Adenocarcinoma、Other）**によって分類し、精密検査の必要性の有無を決定し、速やかに検査を依頼した者に対して通知する。

ウ. 子宮体部の細胞診の結果は、「陰性」、「擬陽性」及び「陽性」に区分し、速やかに検査を依頼した者に対し通知する。

エ. 判定後の検体は、専門的検査機関において少なくとも3年間保存しなければならない。

「細胞診判定結果の取り扱い」は、下記のとおりとする。

① 子宮頸部がん検診

ベセスダ分類	結果	取り扱い
NILM	陰性	2年に1回定期細胞診
ASC-US	意義不明な異型扁平上皮細胞	直ちに精密検査可能医療機関に紹介する。
ASC-H	HSILを除外できない異型扁平上皮細胞	
LSIL	軽度扁平上皮内病変	
HSIL	高度扁平上皮内病変	
SCC	扁平上皮癌	
AGC	異型腺細胞	
AIS	上皮内腺癌	
Adenocarcinoma	腺癌	
Other malig	その他の悪性腫瘍	
不適		再細胞診

② 子宮体部がん検診

原則として、子宮体部の細胞診の判定結果が「擬陽性」及び「陽性」の者は「要精検」とし、「陰性」の者は、その他の臨床症状を総合的に判断して精密検査受診の要否を決定するが、精密検査受診の必要がない場合は「精検不要」とし、受診者に、速やかにそれぞれの区分に対応した内容の通知及び指導を行う。

ア. 「要精検」に区分された者

医療機関において精密検査を受診するように指導する。

イ. 「精検不要」と区分された者

日常生活において不正性器出血等に注意するよう指導する。

	対応する組織型又は病変	取り扱い
陰性	正常上皮	2年に1回定期細胞診
擬陽性	増殖症	直ちに精密検査
陽性	がん	
判定不能		再細胞診

(8) 報告

市町村は、市町村がん検診結果報告書総括表様式を作成して、毎年6月末までに速報値を、翌年12月末までに確定値を管轄保健所に提出するものとする（中核市は県健康づくり推進課に直接提出）。

県保健所は、管内市町村の市町村がん検診結果報告書総括表様式のデータを取りまとめ、毎年7月末までに速報値を、1月末までに県健康づくり推進課に提出するものとする。

(9) 記録の整備

検診の記録は、氏名、年齢、住所、過去の検診受診状況、子宮頸部及び子宮体部の細胞診の結果、子宮頸部及び子宮体部のそれぞれの精密検査の必要性の有無等を記録するものとする。

また、受診指導の記録に合わせて整理するほか、必要に応じて個人票を作成し、治療の状況等を記録するものとする。

5. 子宮がん予防についての指導

子宮頸部がんの多くに性感染症であるヒトパピローマウイルスが関与していることを踏まえ、予防のための正しい知識の普及啓発に積極的に取り組む必要がある。そのため、教育関係者や母子保健担当者とも連携を図るなど、若年層からの効果的な健康教育を推進すること。

なお、エストロゲン単独投与を受けたことがある者等、子宮体がんのハイリスク者と考えられる者に対しては、子宮体がん罹患する可能性が高いことを説明した上で、今後不正性器出血等の臨床症状を認めた場合には速やかに専門医療機関を受診するよう指導すること。

6. 精度管理

(1) 検診実施機関については、国の「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（がん検診事業の評価に関する委員会報告書（平成20年3月）。以下「報告書」という。）の「事業評価のためのチェックリスト【検診実施機関用】」（別添）を満たしていることを基本とする。

(2) その他、精度管理については、奈良県市町村がん検診精度管理要領（平成23年4月1日作成）によるものとする。

7. 検診料金等

(1) 検診料金等は、市町村と検診実施機関（又は検診実施機関をとりまとめる地区医師会）又は市町村を代理する県と県医師会との契約に定めるところによるものとする。

(2) 精密検査の費用については、受診者が精密検査医療機関に所定の料金を支払う。（医療保険扱い）

8. 個人情報の保護

この検診により業務を担当したすべての関係者は、「個人情報の保護に関する法律（平成15年5月30日 法律第57号）」等の関係法令及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成16年12月14日〔平成18年4月改正、平成22年9月改正〕 厚生労働省）」等に留意し、検査結果の取扱い等の秘密保持に努めなければならない。

(附則)

この要領は平成4年5月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は平成8年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成10年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成12年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成14年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成16年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成17年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成18年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成19年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成20年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成22年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成23年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成24年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成25年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成26年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成27年4月1日より施行する。

別添 子宮頸がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用】

1. 受診者への説明

- (1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを事前に明確に知らせているか
- (2) 精密検査の方法や内容について説明しているか
- (3) 精密検査の結果の市町村への報告などの個人情報取り扱いについて、受診者に対し十分な説明を行っているか

2. 問診・視診の精度管理

- (1) 検診項目は、子宮頸部の細胞診のほか、問診、視診、及び内診としているか
- (2) 問診は、妊娠及び分娩歴、月経の状況、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取しているか
- (3) 問診の上、症状（体がんの症状を含む）のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行っているか
- (4) 問診記録は少なくとも5年間は保存しているか
- (5) 視診は陰鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察しているか

3. 細胞診の精度管理

- (1) 細胞診は、直視下に（必要に応じて双合診を併用し）子宮頸管及び陰部表面の全面擦過により細胞を採取し、迅速に処理（固定）した後、パパニコロウ染色を行い観察しているか
- (2) 細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関（施設名）を明記しているか
- (3) 日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行っているか注1)
- (4) 細胞診陰性と判断された検体は、その10%以上について、再スクリーニングを行っているか注1)。または再スクリーニング施行率を報告しているか
- (5) 細胞診の結果は、速やかに検査を依頼した者に通知しているか
- (6) 細胞診結果の分類には、日本母性保護産婦人科医会の分類及びBethesda system による分類のどちらを用いたかを明記しているか注2)。日本母性保護産婦人科医会の分類を用いた場合は、検体の状態において「判定可能」もしくは「判定不可能」(Bethesda system による分類の「適正・不適正」に相当)を明記しているか
- (7) 検体が適正でなく、判定できないと判断された場合には、再検査を行っているか
- (8) 検体が適正でない場合はその原因等を検討し対策を構じているか
- (9) がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか
- (10) 標本は少なくとも3年間は保存しているか
- (11) 検診結果は少なくとも5年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

- (1) 精密検査結果及び治療注3) 結果の報告を、精密検査実施機関から受けているか
- (2) 診断のための検討会や委員会（第三者の子宮頸がん専門家を交えた会）を設置しているか
- (3) 都道府県がプロセス指標（受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度）に基づく検討ができるようデータを提出しているか
- (4) 実施主体へのがん検診の集計・報告は、地域保健・健康増進事業報告に必要な項目で集計しているか

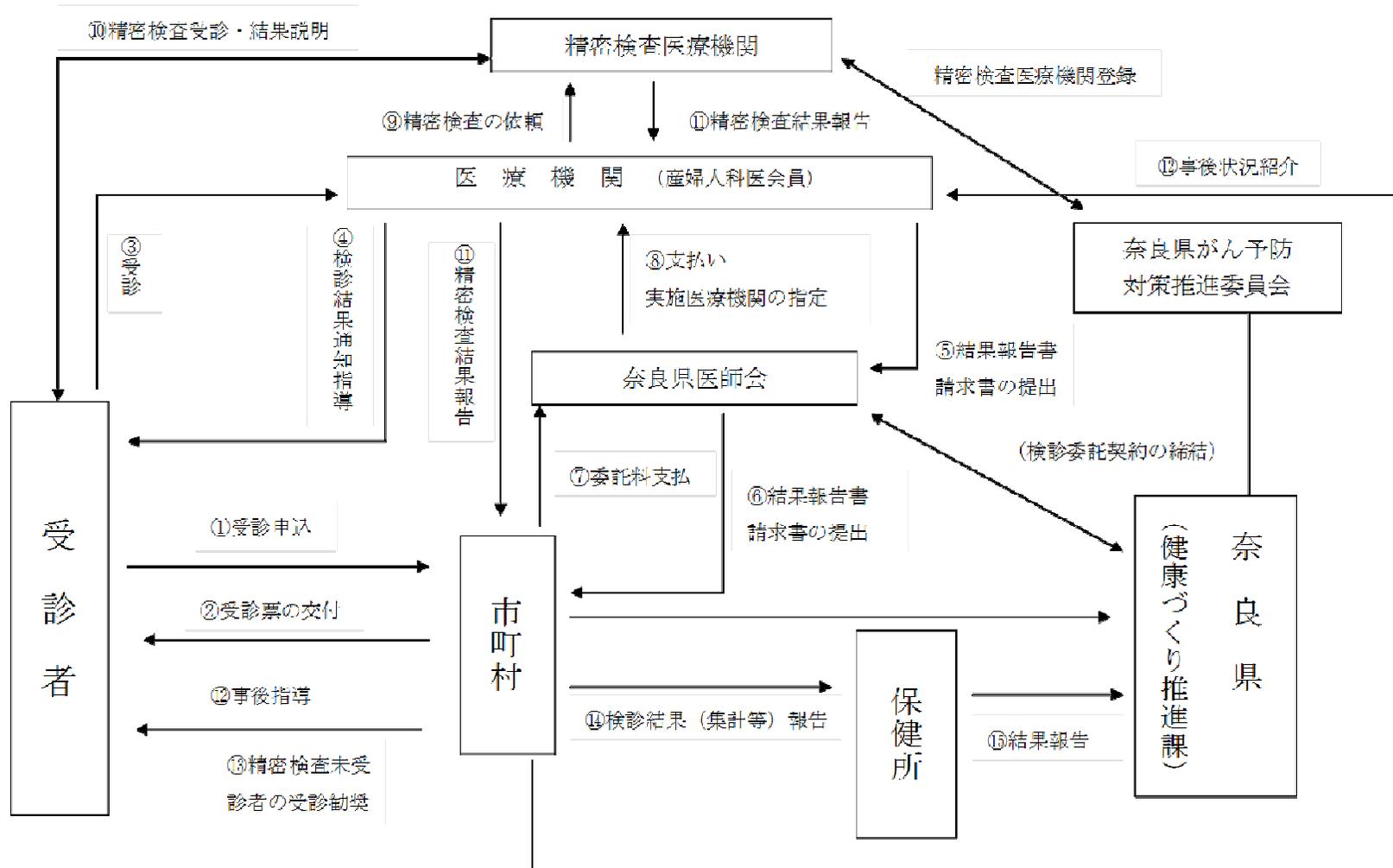
注1) 日本臨床細胞学会 細胞診精度管理ガイドライン参照

注2) 日本母性保護産婦人科医会の分類：日本母性保護産婦人科医会編集、子宮がん検診の手引き参照 Bethesda System による分類：The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition およびベセスダシステム2001 アトラス 参照

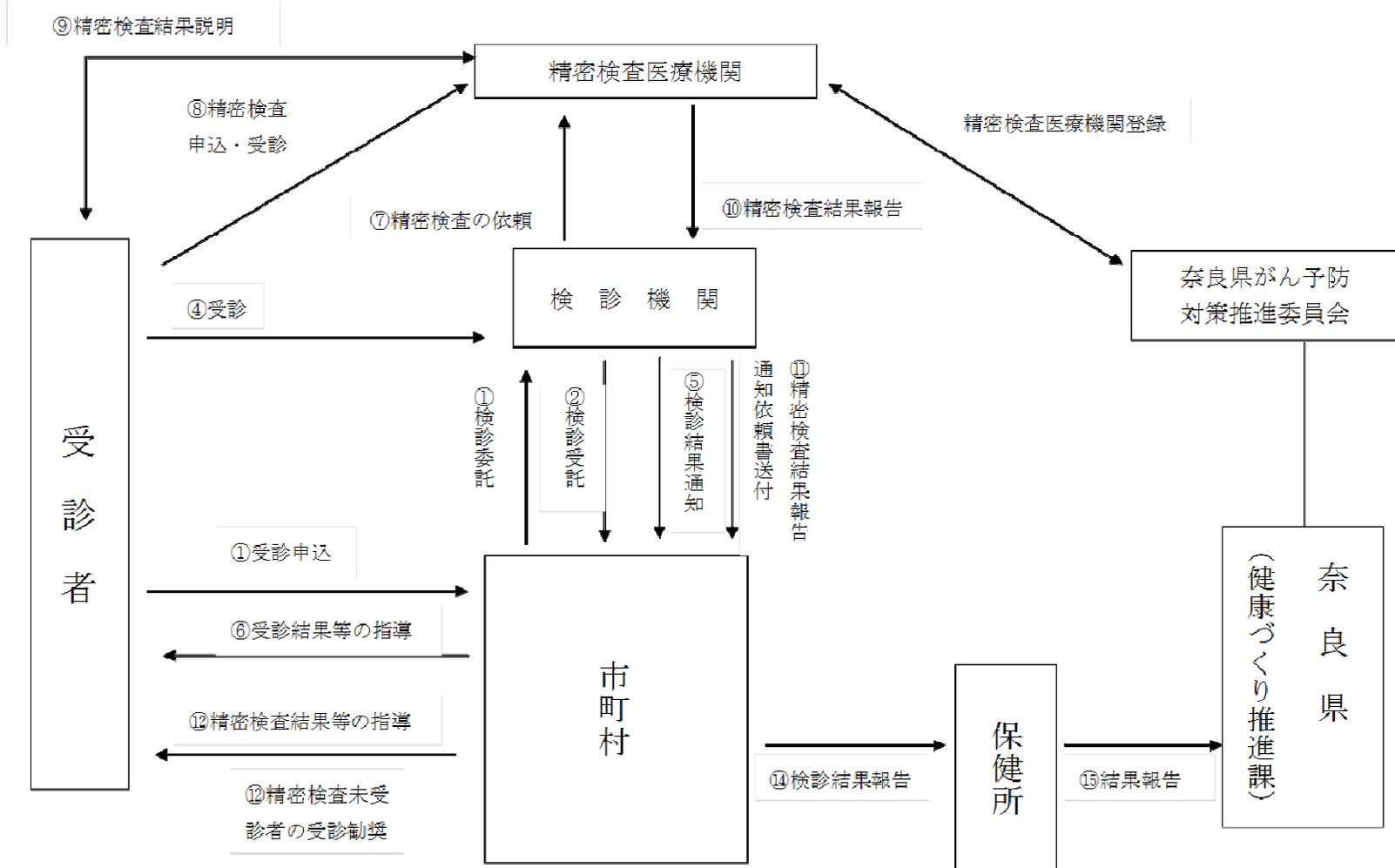
注3) 組織や病期把握のための治療など

出典：「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（がん検診事業の評価に関する委員会報告書（平成20年3月））

子宮頸がん検診医療機関検診フローチャート



子宮頸がん検診集団検診フローチャート



受診者番号

有効期限	平成 年 月末
------	---------

子宮がん検診医療機関受診票

委託医療機関の長 殿

住所	TEL() -		
フリガナ 氏名	生年 月日	大正 昭和 年 月 日 平成(満 歳)	・50歳以上 日 ・50歳未満

上記の者の子宮がん検診を依頼いたします。

平成 年 月 日

— 実施市町村 —

所在地
市町村長名

破線の下に下敷きを入れて記入してください。

受診される方は次のことに注意して下さい

1. この受診票は本人以外は使用できません。
2. 検診にかかる自己負担金は、子宮頸部検診の場合は _____ 円
子宮頸部・体部検診の場合は _____ 円となります。
3. この受診票を、受診する産婦人科の窓口へ提出して下さい。
4. 子宮頸部検診は、受診者全てについて行われます。
5. 子宮体部検診は、医師が必要と認めた場合に行われます。
6. 受診結果については、指示された日に、受診された産婦人科でお聞き下さい。
7. 健康保険証は、受診の結果、他の疾患がある場合に必要となりますので、必ず持参して下さい。
8. 生理期間中の方は、終わってから受診して下さい。

受診者番号

子宮がん検診記録票 (頸部・体部)

* 該当項目に○印をつけてください。

所在地		採取月日	年 月 日
医療機関名		受付月日	年 月 日
医師名		細胞診検査機関	受付番号

受診者の方は太ワケの部分のみご記入下さい

住所		TEL	() -
フリガナ		生年月日	大正 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 (満 歳) 年 月 日
氏名			・50歳以上 ・50歳未満

問診票 (あてはまるところに記入または○印を付けて下さい。)

- 結婚は ①未婚 ②既婚
- 月経は ①最終月経 年 月 日より 日間、順(日型)、不順、
②閉経 () 歳
- 妊娠・分娩は ①妊娠(回) ②普通分娩(回) ③帝王切開(回) ④妊娠中(カ月)
⑤流産又は分娩後(日目) ⑥前回妊娠からの年数(年)
- 現在医師の治療は ①受けていない ②受けている(病名)
- 現在ホルモン剤の使用は ①ない ②ある(種類 期間)
- 現在子宮内避妊器具使用は ①ない ②ある(期間)
- 子宮内膜掻爬術(流産・中絶含)を1ヶ月以内に受けたことが ①ない ②ある
- 今までに大きな病気をしたことが ①ない ②ある(病名)
- 今までに手術したことが ①ない ②ある(手術名)
- 過去6ヶ月以内の不正性器出血が ①ない ②ある(閉経後出血・接触出血・過多月経・不規則月経・一時的な少量月経・褐色帯下)
- 前回の検診は 年 月 日(結果)

※産婦人科の病気は必ず記入

臨床所見	1. 膣部びらん 2. 頸管炎 3. ポリープ 4. 膣炎 5. 子宮筋腫疑い 6. 付属器腫瘤疑い 7. 付属器炎疑い 8. 閉経後出血 9. 月経異常 10. 更年期出血 11. 外陰部異常 12. その他() 13. 所見なし 臨床的指示 (ただちに・1ヵ月後・3ヵ月後・6ヵ月後)
------	--

採取部位	V (Vagina)	標本作成法	□直接塗抹法	□液状検体法
	C (Cervix)		採取器具	
	E (Endocervix)	□ブラシ	□へら	
	EM (Endometrium)	□綿棒	□その他()	
	S (Stump)			
	P (Pool)			

体部	体部細胞診実施の理由 : 最近6ヶ月以内に □不正出血(一過性の少量出血・閉経後出血等) □月経異常(過多月経、閉経後出血等) □褐色帯下
----	--

判定	頸部(ハセタ分類) ※該当するものに○印をつけて下さい。 ※網掛け部分は精検対象者を示しています。											
	<table border="1"> <tr> <td>細胞診</td> <td>不適(判定不能)</td> <td>NILM</td> <td>ASC-US</td> <td>ASC-H</td> <td>L-SIL</td> <td>H-SIL</td> <td>SCC</td> <td>AQC</td> <td>AIS</td> <td>Adenoca</td> <td>Other</td> </tr> </table>	細胞診	不適(判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	L-SIL	H-SIL	SCC	AQC	AIS	Adenoca
細胞診	不適(判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	L-SIL	H-SIL	SCC	AQC	AIS	Adenoca	Other	
	体部 : 陰性・擬陽性・陽性・判定不能											

指示区分	頸部 : 1 異常を認めず 2 要精密検査 3 再検査
	体部 : 1 異常を認めず 2 要精密検査 3 再検査

コメント	トリコモナス・真菌類・雑菌・ヘルペス・その他()
------	---------------------------

検査中・検査後の重篤な偶発症	無・有(具体的内容) ※精検中または精検後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症(入院を要する者に限る。)の有無及びその内容について記載して下さい。
----------------	---

受診者番号

子宮がん検診記録票 (頸部・体部)

* 該当項目に○印をつけてください。

報告者	所在地			採取月日	年 月 日
	医療機関名		細胞診 検査機関	受付月日	年 月 日
	医師名	印		受付番号	

住所		TEL	() -
フリガナ		生年月日	大正 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 (満 歳) 年 月 日
氏名			・50歳以上 ・50歳未満

市町村長 殿

平成 年 月 日

先般受診された子宮がん検診の結果については、下記のとおりです。

- 現在のところ子宮がん(頸部・体部)の疑いはありません。
- 精密検査の必要があります。
当院で精密検査を受診するよう勧奨しました。
他院()で精密検査を受診するよう勧奨しました。
- 不適・判定不能(頸部・体部)です。

※ベセスダ不適正検体の頸部検診再検査(1ヶ月以内)に実施する場合、(市町村)に連絡してください。

臨床所見	1. 腔部びらん 2. 頸管炎 3. ポリープ 4. 腔炎 5. 子宮筋腫疑い 6. 付属器腫瘤疑い 7. 付属器炎疑い 8. 閉経後出血 9. 月経異常 10. 更年期出血 11. 外陰部異常 12. その他() 13. 所見なし 臨床的指示 (ただちに ・ 1ヵ月後 ・ 3ヵ月後 ・ 6ヵ月後)											
採取部位	V (Vagina) C (Cervix) E (Endocervix) EM (Endometrium) S (Stump) P (Pool)	エンドサイト 吸引法 エンドサーチ ブラシ法	標本作成法 <input type="checkbox"/> 直接塗抹法 <input type="checkbox"/> 液状検体法 採取器具 <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> へら <input type="checkbox"/> 綿棒 <input type="checkbox"/> その他()									
体部	体部細胞診実施の理由 : 最近6ヶ月以内に <input type="checkbox"/> 不正出血(一過性の少量出血・閉経後出血等) <input type="checkbox"/> 月経異常(過多月経、閉経後出血等) <input type="checkbox"/> 褐色帯下											
判定	頸部(ベセスダ分類) ※該当するものに○印をつけて下さい。 ※網掛け部分は精検対象者を示しています。											
	細胞診	不適(判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	L-SIL	H-SIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other
	体部 : 陰性 ・ 擬陽性 ・ 陽性 ・ 判定不能											
指示区分	頸部 : 1 異常を認めず 2 要精密検査 3 再検査 体部 : 1 異常を認めず 2 要精密検査 3 再検査											
コメント											トリコモナス・真菌類・雑菌・ヘルペス・その他()	
検査中・検査後の重篤な偶発症	無・有(具体的内容) ※精検中または精検後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症(入院を要する者に限る。)の有無及びその内容について記載して下さい。											

受診者番号

子宮がん検診記録票 (頸部・体部)

* 該当項目に○印をつけてください。

報告者	所在地			採取月日	年 月 日
	医療機関名		細胞診 検査機関	受付月日	年 月 日
	医師名	印		受付番号	

住所		TEL	() -
フリガナ		生年月日	大正 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 (満 歳) 年 月 日
氏名			・50歳以上 ・50歳未満

子宮がん検診委託料請求書

金 円也

但し、子宮がん検診の費用として

平成 年 月 日

奈良県医師会長 殿

委託医療機関

所在地
名称
代表者名

採取部位	V (Vagina) C (Cervix) E (Endocervix) EM (Endometrium) S (Stump) P (Pool)	<input type="checkbox"/> インドサイト <input type="checkbox"/> 吸引法 <input type="checkbox"/> インドサーチ <input type="checkbox"/> ブラシ法	標本作成法 <input type="checkbox"/> 直接塗抹法 <input type="checkbox"/> 液状検体法 採取器具 <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> へら <input type="checkbox"/> 綿棒 <input type="checkbox"/> その他()
	体部	体部細胞診実施の理由 : 最近6ヶ月以内に <input type="checkbox"/> 不正出血 (一過性の少量出血・閉経後出血等) <input type="checkbox"/> 月経異常 (過多月経、閉経後出血等) <input type="checkbox"/> 褐色帯下	
判定	頸部 (パセスタ分類) ※該当するものに○印をつけて下さい。 ※網掛け部分は精検対象者を示しています。		
	細胞診	不適 (判定不能)	NILM ASC-US ASC-H L-SIL H-SIL SCC AGC AIS Adenoca Other
指示区分	体部 : 陰性 擬陽性 陽性 判定不能 頸部 : 1 異常を認めず 2 要精密検査 3 再検査 体部 : 1 異常を認めず 2 要精密検査 3 再検査		
コメント			トリコモナス・真菌類・雑菌・ヘルペス ・その他 ()
検査中・検査後の重篤な偶発症	無・有 (具体的内容) ※精検中または精検後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症 (入院を要する者に限る。) の有無及びその内容について記載して下さい。		

秘 子宮がん検診医療機関受診受付名簿(結果通知書)

市町村名()

生年月日	年齢	住所	電話番号	受診医療機関	検診結果											※重篤な偶発症の有無 検診中／検診後	備考		
					受診月日	細胞診結果												結果	
						頸部	不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						体部	陰性				擬陽性		陽性		判定不能				
						頸部	不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						体部	陰性				擬陽性		陽性		判定不能				
						頸部	不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						体部	陰性				擬陽性		陽性		判定不能				
						頸部	不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						体部	陰性				擬陽性		陽性		判定不能				
						頸部	不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						体部	陰性				擬陽性		陽性		判定不能				
						頸部	不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						体部	陰性				擬陽性		陽性		判定不能				
						頸部	不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						体部	陰性				擬陽性		陽性		判定不能				
						頸部	不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						体部	陰性				擬陽性		陽性		判定不能				
						頸部	不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						体部	陰性				擬陽性		陽性		判定不能				

子宮がん検診精密検査依頼書兼結果通知書

平成 年 月 日

精密検査医療機関 御中

医療機関名

TEL

本書持参の方は、子宮がん検診(子宮頸部・子宮体部)の結果、精密検査が必要と指示いたしました。ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診くださるようお願い申し上げます。

なお、下欄により結果通知書にご記入の上、お手数をおかけいたしますが様式7-2および3を当院へご返送くださるよう併せてお願い申し上げます。

フリガナ 氏名		生年月日	T・S・H 年 月 日生 (歳)
細胞診結果		市町村名	
参考事項	検診年月日 年 月 日		

1. 精密検査結果(組織診の分類は「地域保健・健康増進事業報告」の項目をもとに作成しています。)

異常認めず	組織診														
	頸部							体部							
	がんであった者	がんのうち 原発性	がんのうち 二次性	原発性のうち 微小浸潤がん	CIN3 または AIS	CIN2	CIN1	腫瘍形成 未確定	がんの疑い ある者または 未確定	がん及び腫瘍形成 以外の疾患で あった者	がん 原発性	がん 続発性	がんの疑い ある者	がん以外の 疾患	内臓増殖症 うち

その他(病名) _____

2. 指示事項

ア. 経過観察が必要(1カ月後・3カ月後・6カ月後・1年後再診)

イ. 治療が必要(要手術・要通院・服薬・その他)

① 当院で治療

② 他の医療機関への受診を指示 紹介先医療機関名 _____

3. 精検中・精検後の重篤な偶発症

無・有(具体的内容: _____)

※精検中または精検後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症(入院を要する者に限る。)の有無及びその内容について記載して下さい(例: 組織採取中の多量出血、検査後の骨盤内感染症等)。

4. その他の参考事項

5. 精検受診日 平成 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____

※地方公共団体への精密検査の結果の情報提供は、「医療・介護事業所における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(平成22年9月17日改正)厚生労働省」において、本人の同意を得る必要はないとされています。

様式8(頭部検診用)

秘 子宮がん集団検診受診者名簿(兼)結果通知書

平成 年 月 日実施						市町村名又は事業者名										検診場所		
集検番号	氏名	生年月日	年齢	住所又は事業所名	電話番号	検診結果										※重篤な偶発症の有無		備考
						細胞診結果										指示区分	検診中/検診後	
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	AIS	Adenoca	Other		
上記のとおり 名 受診したことを確認します。						検査機関住所										※検査中または検査後、明らかに検査に起因すると思われる偶発症(入院を要する物に限る。)の有無及びその内容について記載して下さい。		
実施市町村又は事業所住所 実施市町村又は事業所責任者氏名						検査機関責任者												

