

奈良県子宮頸がん検診実施要領 新旧対照表

改正後	現行
奈良県子宮頸がん検診実施要領 (略) 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。<u>なお、受診を特に推奨する者を20歳以上69歳以下の者とする。対象者のうち、受診を特に推奨する者に該当しない者であっても、受診の機会を提供するよう留意すること。</u> (略) 5. 検診項目 (略) (1) 問診は、子宮がん検診記録票(様式2)に基づき、不正性器出血等の現在の症状、月経及び分娩・妊娠等に関する事項、<u>子宮頸部病変の既往歴</u>、家族歴、過去の検診受診状況等を聴取する。 (略)	奈良県子宮頸がん検診実施要領 (略) 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。 (略) 5. 検診項目 (略) (1) 問診は、子宮がん検診記録票(様式2)に基づき、不正性器出血等の現在の症状、月経及び分娩・妊娠等に関する事項、<u>既往歴</u>、家族歴、過去の検診受診状況等を聴取する。 (略)

(3) 子宮頸部細胞診 ①細胞診については、直視下に子宮頸管及び膣部表面の全面擦過により細胞を採取し、迅速に<u>処理（固定等）</u>した後、パパニコロウ染色を行い顕微鏡下で観察する。 ②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、<u>公益社団法人</u>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。 6. 実施方法 (略) (2) 対象者の把握等 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を図るものとする。 ※子宮がん検診のためのチェックリスト【市区町村用】参照 「検診対象者・受診者の情報管理」参照 7. 検診方法 (5) 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、細胞診の結果、<u>子宮頸部病変の精密検査</u>の必要性の有無等を記録するものとする。 また、受診指導の記録に併せて整理するほか、必要に応じて個人票を	(3) 子宮頸部細胞診 ①細胞診については、直視下に子宮頸管及び膣部表面の全面擦過により細胞を採取し、迅速に<u>固定</u>した後、パパニコロウ染色を行い顕微鏡下で観察する。 ②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。 6. 実施方法 (略) (2) 対象者の把握等 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を図るものとする。 ※子宮がん検診のためのチェックリスト【市区町村用】平成28年4月 「検診対象者・受診者の情報管理」参照 7. 検診方法 (5) 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、細胞診の結果、精密検査の必要性の有無等を記録するものとする。 また、受診指導の記録に併せて整理するほか、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。 8. 精度管理 (1) 検診実施機関については、国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の「事業評価のためのチェックリスト【検診実施機関用】」を満たしていることを基本とする。 (略) 10. 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及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の一部を改正する法律（平成 27 年法律第 65 号）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ダンス」（平成 29 年 4 月 14 日付け個情第 534 号・医政発 0414 第 6 号・薬生発 0414 第 1 号・老発 0414 第 1 号個人情報保護委員会事務局長、厚生労働省医政局長、厚生労働省医薬・生活衛生局長、厚生労働省老健局長通知）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。 (略) (附則) 改正後の要領は、<u>令和 3 年 12 月 10 日</u>より適用とする。	作成し、治療の状況等を記録するものとする。 8. 精度管理 (1) 検診実施機関については、国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（平成 28 年 2 月 4 日一部改正）」の「事業評価のためのチェックリスト【検診実施機関用】」<u>（別添）</u>を満たしていることを基本とする。 (略) 10. 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及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の一部を改正する法律（平成 27 年法律第 65 号）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ダンス（平成 29 年 4 月 14 日通知、同年 5 月 30 日適用 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。 (略) (附則) 改正後の要領は、<u>平成 31 年 4 月 1 日</u>より適用とする。
---	---

改正経緯 (略) 平成 30 年 4 月 1 日一部改正 <u>平成 31 年 4 月 1 日一部改正</u>	改正経緯 (略) 平成 30 年 4 月 1 日一部改正
--	------------------------------------

子宮頸がん検診のためのチェックリスト（市区町村用）

（削除）

子宮頸がん検診のためのチェックリスト（市区町村用）

子宮頸がん検診のためのチェックリスト（市区町村用）～ 集団検診・個別検診

平成 28 年 4 月

解説：

- ① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す
 - ② 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと※
 - ③ このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）に確認して回答すること※
- ※ 特に個別検診の場合

1. 検診対象者の情報管理

- (1) 対象者全員の氏名を記載した名簿※を、住民台帳などに基づいて作成しているか
※ 前年度受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である
- (2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか
- (3) 対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 受診者の情報管理

- (1) 個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成しているか
- (2) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 受診者への説明、及び要精検者への説明

- (1) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト 1. 受診者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 検診機関が資料を作成し、配布している場合：市区町村は資料内容をあらかじめ確認し、全項目が記載されていれば配布を省いてもよい
- (2) 要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名（医療機関名）※の一覧を提示しているか
※ ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること

4. 受診率の集計

解説：過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す

- (1) 受診率を集計しているか
- (1-a) 受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
- (1-b) 受診率を検診機関別に集計※しているか
※ 受診率算定の分母は市区町村の全対象者数、分子は当該検診機関の受診者数
- (1-c) 受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか

5. 要精検率の集計

解説：過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す

- (1) 要精検率を集計しているか
- (1-a) 要精検率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
- (1-b) 要精検率を検診機関別に集計しているか
- (1-c) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか

6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨

- (1) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（精密検査の際に行った組織診やコルポ診、細胞診、HPV 検査の結果などや、手術によって判明した組織診断や臨床進行期のこと）を把握しているか
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
- (2) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果が不明の者については、本人※もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか

- ※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の4つ全てが本人から申告される必要がある
- (3) 個人毎の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を、市区町村、検診機関（医療機関）、精密検査機関が共有しているか
- (4) 過去5年間の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を記録しているか
- (5) 精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義^{※1}に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか
- (6) 精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか

7. 精検受診率、がん発見率、上皮内病変（CIN など）、微小浸潤がん割合、陽性反応適中度の集計解説：
- ① 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去3年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す
- ② 上皮内病変とは、「CIN3 または上皮内腺がん（AIS）/CIN2/CIN1/腺異形成」のいずれかの区分に含まれるものを指す。上皮内病変の数の集計とは、上記の4つの区分に分けて、全て集計することを指す
- ③ 微小浸潤がんは、臨床進行期 IA1 及び IA2 期のもの
- (1) 精検受診率を集計しているか
- (1-a) 精検受診率を年齢5歳階級別に集計しているか
- (1-b) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
- (1-c) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか
- (1-d) 精検未受診率と未把握率を定義^{※1}に従って区別し、集計しているか
- (2) がん発見率を集計しているか
- (2-a) がん発見率を年齢5歳階級別に集計しているか
- (2-b) がん発見率を検診機関別に集計しているか
- (2-c) がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか
- (3) 上皮内病変（CIN など）の数を集計しているか（区分毎）
- (3-a) 上皮内病変（CIN など）の数を年齢5歳階級別に集計しているか（区分毎）
- (3-b) 上皮内病変（CIN など）の数を検診機関別に集計しているか（区分毎）
- (3-c) 上皮内病変（CIN など）の数を過去の検診受診歴別に集計しているか（区分毎）
- (4) 微小浸潤がん割合（原発性のがん数に対する微小浸潤がん数）を集計しているか
- (4-a) 微小浸潤がん割合を年齢5歳階級別に集計しているか
- (4-b) 微小浸潤がん割合を検診機関別に集計しているか
- (4-c) 微小浸潤がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか
- (5) 陽性反応適中度を集計しているか
- (5-a) 陽性反応適中度を年齢5歳階級別に集計しているか
- (5-b) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
- (5-c) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか

8. 地域保健・健康増進事業報告
- (1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告）を行っているか
- (2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、医師会など）に報告を求めているか
- (2-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか[※]
- ※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか
- (3) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、精密検査機関、医師会など）に報告を求めているか
- (3-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか[※]
- ※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 検診機関（医療機関）の質の担保

解説（再掲）：

- ① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す
 - ② 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと[※]
 - ③ このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）に確認して回答すること[※]
- ※ 特に個別検診の場合

- (1) 委託先検診機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定しているか[※]

※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい

- (1-a) 仕様書（もしくは実施要綱）の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」^{注2}を満たしているか

- (1-b) 検診終了後に、委託先検診機関（医療機関）で仕様書（もしくは実施要綱）の内容が遵守されたことを確認しているか

- (2) 検診機関（医療機関）に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[※]

※ 冒頭の解説のとおり、市区町村が単独で実施できない場合は、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。下記(2-a)、(2-b)、(2-c)も同様

- (2-a) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況をフィードバックしているか

- (2-b) 検診機関（医療機関）毎のプロセス指標値を集計してフィードバックしているか

- (2-c) 上記の結果をふまえ、課題のある検診機関（医療機関）に改善策をフィードバックしているか

注1 「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」報告書、別添6参照

注2 「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」報告書、別添8参照（なお、別添8は平成28年4月改定版に差し替える）

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）
（削除）

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）

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) - 集団検診・個別検診 平成 29 年 3 月

解説：

- ① このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、「実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）」である
- ② 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること

〔このチェックリストにより調査を行う際の考え方〕

- ① 基本的には、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）が回答する
 - ② 自治体[※]や医師会主導で行っている項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ、自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に回答を通知することが望ましい^{※※}ただし医師会等が全項目を統一して行っている場合は、医師会等が一括して回答しても構わない
- ※ このチェックリストで「自治体」と表記した箇所は、「都道府県もしくは市区町村」と解釈すること（どちらかが実施していればよい）

※※ 特に個別検診の場合

1. 受診者への説明

解説：

- ① 下記の 6 項目を記載した資料を、受診者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
 - ② 資料は基本的に受診時に配布する[※]
- ※ 市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もある
 その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい。また、チェックリストによる調査の際は、「実施している」と回答してよい

- (1) 検査結果は「精密検査不要」「要精密検査」のいずれかの区分で報告されることを説明し、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明確に説明しているか
 - (2) 精密検査の方法について説明しているか（精密検査としては、検診結果に基づいてコルポスコープ下の組織診や細胞診、HPV 検査などを組み合わせたものを実施すること、及びこれらの検査の概要など）
 - (3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか[※]
- ※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）
- (4) 検診の有効性（細胞診による子宮頸がん検診は、子宮頸がんの死亡率・罹患率を減少させること）に加えて、がん検診で必ずがんが見つけれられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の欠点について説明しているか
 - (5) 検診受診の継続（隔年）が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか
 - (6) 子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多く（2011 年、5 位）、また近年増加傾向にあることなどを説明しているか

2. 検診機関での精度管理

- (1) 検診項目は、医師による子宮頸部の検体採取による細胞診のほか、問診、視診を行っているか
 - (2) 細胞診の方法（従来法/液状検体法、採取器具）を仕様書[※]に明記しているか
- ※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）
- (3) 細胞診は、直視下に子宮頸部及び腔部表面の全面擦過により細胞を採取し、迅速に処理[※]しているか
- ※採取した細胞は直ちにスライドグラスに塗抹して速やかに固定すること。または、直ちに液状検体細胞診用の保存液ボトル内に攪拌懸濁し固定すること。
- (4) 細胞診の業務（細胞診の判定も含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を仕様書に明記しているか
 - (5) 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関で再度検体採取を行っているか[※]

- ※ 不適正例があった場合は必ず再度検体採取を行うこと。また不適正例が無い場合でも、再度検体採取を行う体制を有すること
- (6) 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関でその原因等を検討し、対策を講じているか[※]
- ※ 不適正例があった場合は必ず原因を検討し対策を講じること。また不適正例が無い場合でも、対策を講じる体制を有すること
- (7) 検診結果は少なくとも5年間は保存しているか
- (8) 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
- (9) 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
- (10) 問診記録は少なくとも5年間は保存しているか
- (11) 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. 細胞診判定施設での精度管理

解説：

- ① 細胞診判定を外注している場合は、外注先施設の状態を確認すること
- ② 自治体や医師会が外注先施設を指定している場合は、自治体や医師会が代表して外注先施設の状態を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい
- ③ 自治体や医師会が把握していない場合は、検診機関が直接外注先施設に確認すること
- (1) 細胞診判定施設は、公益社団法人日本臨床細胞学会の施設認定を受けているか。もしくは、公益社団法人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^{※1}
- (2) 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^{※1}。または再スクリーニング施行率を報告しているか[※]
- ※ 自治体、医師会等から再スクリーニング施行率の報告を求められた場合に報告できればよい。また公益社団法人日本臨床細胞学会の認定施設においては、再スクリーニング施行率を学会に報告すること
- (3) 細胞診結果の報告には、ベセスダシステム^{※2}を用いているか
- (4) 全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステムの基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、細胞診結果に明記しているか[※]
- ※ 必ず全ての標本について実施すること。一部でも実施しない場合は不適切である
- (5) がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか[※]
- ※ がん発見例については必ず見直すこと。また、がん発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること
- (6) 標本は少なくとも5年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

解説：

- ① 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること
- ② 自治体や医師会主導で実施している項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に実施状況を通知することが望ましい[※]
- ※ 特に個別検診の場合
- (1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後4週間以内になされているか
- (2) がん検診の結果及びそれに関わる情報[※]について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか。もしくは全て報告されていることを確認しているか
- ※ がん検診の結果及びそれに関わる情報とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
- (3) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果[※]（精密検査の際に行った組織診やコルポ診、細胞診、HPV検査の結果などや、手術によって判明した組織診断や臨床進行期のこと）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか
- ※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
- (4) 診断・判定の精度向上のための症例検討会や委員会（自施設以外の子宮頸がん専門家あるいは細胞診専門医[※]を交えた会）等を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した症例検討会や委員会等に参加しているか

※ 当該検診機関に雇用されていない子宮頸がん検診専門家あるいは細胞診専門医
 (5) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握[※]しているか
 ※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である
 (6) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか。また、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

注1 公益社団法人日本臨床細胞学会 細胞診精度管理ガイドライン参照

注2 ベセスダシステムによる分類: The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition 及びベセスダシステム 2001 アトラス 参照

様式 1

様式 1(医療機関用)

受診者番号

有効期限 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 (満 歳) ・50歳以上 ・50歳未満

上記の者の子宮がん検診を依頼いたします。

年 月 日

実施市町村

所在地
市町村長 名

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ください。

破線の下に下敷きを入れて記入してください。

様式 1

様式 1(医療機関用)

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 (満 歳) ・50歳以上 大正 昭和 平成 年 月 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

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ください。

破線の下に下敷きを入れて記入してください。

様式 2

様式 2 (医療機関用)

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		細胞診 検査機関	受付月日	年	月	日
医師名			受付番号			

受診者の方は太ワクの部分のみご記入下さい

住所	TEL () -
フリガナ	・50歳以上
氏 名	生年月日 年 月 日 (満 歳) ・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。）

1. 結婚は ①未婚 ②既婚

2. 月経は ①最終月経 年 月 日より 日間、順(日型)、不順、
②閉経()歳

3. 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)

4. 現在医師の治療は ①受けていない ②受けている(病名)

5. 現在ホルモン剤の使用は ①ない ②ある(種類 期間)

6. 現在子宮内避妊器具使用は ①ない ②ある(期間)

7. 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

8. 今までに大きな病気をしたことが ①ない ②ある(病名)

9. 今までに手術したことが ①ない ②ある(手術名)

10. 過去6ヶ月以内の不正器出血が 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)

11. 前回の検診は 年 月 日(結果)

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. 付属器腫瘍疑い					
	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)	—	標準作成法	□直接差法	□液状検体法
	C (Cervix)			□	□
	E (Endocervix)	—	採取器具	□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（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	頭部(べんご)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 ・ 疑陽性 ・ 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） ※検診中または検診後、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。
----------------	--

様式 2

様式 2 (医療機関用)

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		細胞診 検査機関	受付月日	年	月	日
医師名			受付番号			

受診者の方は太ワクの部分のみご記入下さい

住所	TEL	()	—
フリガナ	大正	・50歳以上	
氏 名	生年月日	昭和	年 月 日
		平成 (満 歳)	・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。）

1. 結婚は ①未婚 ②既婚

2. 月経は ①最終月経 年 月 日より 日間、順()日型)、不順、
②閉経()歳

3. 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 ⑥前回妊娠からの年数()年

4. 現在医師の治療は ①受けていない ②受けている(病名)

5. 現在ホルモン剤の使用は ①ない ②ある(種類 期間)

6. 現在子宮内避妊器具使用は ①ない ②ある(期間)

7. 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

8. 今までに大きな病気をしたことが ①ない ②ある(病名)

9. 今までに手術したことが ①ない ②ある(手術名) } ※産婦人科の病気は必ず記入

10. 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)

11. 前回の検診は 年 月 日(結果)

臨床 所見	1. 陰部びらん 2. 頸管炎 3. ポリープ 4. 陰炎 5. 子宮筋腫疑い 6. 付属器腫瘍疑い					
	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)		標準作成法	□直接塗抹法 □液状検体法		
	C (Cervix)			標準の種類	採取器具	□ブラシ □へら
	E (Endocervix)					□綿棒 □その他()
	EM (Endometrium)					
	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（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		
	体部細胞診実施の理由： 最近6ヶ月以内に ☐ 不正出血（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	頭部(「べつ」分類) ※該当するものに○印をつけて下さい。 ※網掛け部分は排除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

体部： 陰性 ・ 疑陽性 ・ 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・細菌・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） ※検診中または検診後、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。
----------------	--

様式3

様式3（市町村用）

受診者番号

子宮がん検診記録票（頭部・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			受付番号	

住所		TEL	()	—
フリガナ		生年月日	年 月 日	・50歳以上
氏 名			(満 歳)	・50歳未満

市町村長 殿

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。

1. 現在のところ子宮がん（頭部・体部）の疑いはありません。
2. 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。
3. 不適・判定不能（頭部・体部）です。

※ベセスダ不適正検体の頭部検診再検査（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. 付属器腫瘍疑い 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)			— — — — — —		— — — — — —		— — — — — —		— — — — — —													
	— — — — — —			— — — — — —		— — — — — —		— — — — — —		— — — — — —													
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	頭部（ べつ ）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><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>AGC</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	AGC	AIS	Adenoca
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 ・ 疑陽性 ・ 陽性 ・ 判定不能																						
	頭部： 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・細菌・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） ※検診中または検診後、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。																						

様式3

様式3（市町村用）

受診者番号

子宮がん検診記録票（頭部・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			受付番号	

住所		TEL	()	—
フリガナ		生年月日	年 月 日	・50歳以上
氏 名			昭和 (満 歳)	・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。

1. 現在のところ子宮がん（頭部・体部）の疑いはありません。
2. 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。
3. 不適・判定不能（頭部・体部）です。

※ベセスダ不適正検体の頭部検診再検査（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. 付属器腫瘍疑い 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)			— — — — — —		— — — — — —		— — — — — —		— — — — — —													
	— — — — — —			— — — — — —		— — — — — —		— — — — — —		— — — — — —													
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	頭部（ べつ ）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><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>AGC</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	AGC	AIS	Adenoca
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 ・ 疑陽性 ・ 陽性 ・ 判定不能																						
	頭部： 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・細菌・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） ※検診中または検診後、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。																						

様式 4

様式4 (医療機関用)

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			受付番号	

住所	TEL () -
フリガナ	・50歳以上
氏 名	生年月日 年 月 日 (満 歳) ・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

年 月 日

委託医療機関の長 殿

委託医療機関

所在地	
名称	
代表者名	

採取部位	V (Vagina)	エンドシト 吸引法	標準作成法													
	C (Cervix)		☐ 直接塗抹法					☐ 液状検体法								
	E (Endocervix)		採取器具 ☐ブラシ☐へら ☐綿棒☐その他()													
	EM (Endometrium)															
	S (Stump)															
P (Pool)	ブラシ法															
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（べんぐ）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 疑陽性 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・細菌・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） ※検診中または検診後、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。														

様式 4

様式 4 (医療機関用)

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		T E L	() —
フリガナ			
氏 名		生年月日	大正 ・50歳以上 昭和 年 月 日 平成（満 歳） ・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

委託医療機関の長 殿

委託医療機関

所在地	
名称	
代表者名	

採取部位	V (Vagina)	エンドサイト 吸引法 エンドデブ アブシ法	標準作成法	☐直接塗抹法 ☐液状検体法								
	C (Cervix)		採取器具	☐ブラシ ☐へら								
	E (Endocervix)		☐綿棒 ☐その他()									
	EM (Endometrium)											
	S (Stump)											
	P (Pooi)											
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	頭部（へ「X」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 ・ 疑陽性 ・ 陽性 ・判定不能											
指示区分	頭部： 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												
検査中・検査後の重要な偶発症	無・有（具体的内容） ※検診中または検診後、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。											

様式 7

様式7(3枚複写)
様式7-1(精密医療機関用)
様式7-2(検診機関用)
様式7-3(市町村用)

市町村

子宮頸がん検診精密検査依頼書兼結果通知書

年 月 日

子宮頸がん精密検査依頼書

精密検査医療機関 御中

医療機関名

TEL

本書持参の方は、子宮頸がん検診の結果、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、お手数ながら、下欄により結果通知書にご記入の上、様式7-2および3を当院へご返送くださるようお願い申し上げます。

フリガナ 氏名	生年月日 (年 月 日 歳)
検診日 年 月 日	標本状態 1.適正 2.不適正
細胞診判定 (ベセスダシステム)	1. NILM 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. AGC 7. AIS 8. SCC 9. Adeno Ca. 10. Other
検診受診医療機関	検診医

子宮頸がん精密検査結果通知書

1. 精密検査結果

検査結果		a. なし →2の「他院に紹介」にご記入ください。 b. あり →下記に実施した検査についてご記入ください。
	実施したすべての検査に○をつけてください。	1. コルポスコピー 2. 組織検査 3. 細胞診検査: 標本の状態 (a.適正 b.不適正) 結果 { 1. NILM 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. AGC 7. AIS 8. SCC 9. Adeno Ca. 10. Other } 4. HPV検査: 結果 (1.陰性 2.陽性) 5. その他の検査・検査法 ()

診断区分 (該当項目に○)

1.異常 認めず	2.子宮頸がんであった者(転移性を含まない)	2-1. 進行度が I A期の がん	3.AISで あった 者	4.CIN3 であった 者	5.CIN2 であった 者	6.CIN3又は CIN2のいずれか で区別できない者 (HSIL)	7.CIN1 であった 者	8.子宮頸がんの疑いのある者又は 未確定 ※a ※b	9.子宮頸がん及び びAIS及びCIN以外の疾患であった者 (転移性の子宮頸がんを含む) ※c ※d
診断日 (診断区分を決定した日)			年 月 日						

※a. ㊦が診察実施の者、または㊦が㊦・組織診にて異常を認めないが精密検査として同時に実施した細胞診にて異常が検出された者。

(例: 検診の細胞診結果がASC-USで、精密検査としてHPV検査や細胞診のみ実施しており、㊦が診が未実施の者)

※b. 精密検査受診者のうち、精検結果が子宮頸がんの疑いのある者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者は、診断区分8.に分類してください。

下記の「2.その後の処置」が、「エ.治療済み」の場合は、8.に分類せず、最終診断の区分をお書き下さい。

※c. 腺臭形成は診断区分9.に分類してください。

※d. その他(病名)にお書きください。(転移性の子宮頸がんも含む)

その他 (病名)

2. その後の処置

ア. なし: 次回の子宮頸がん検診へ戻る

イ. 定期的に経過観察 (月 後予定)

ウ. 治療予定 (i. 要手術 ii. その他:)

エ. 治療済み (年 月 日) ※治療済みの場合、「診断区分」には最終診断の区分をお書き下さい。

治療名: () 診断名: ()

オ. 他院に紹介 (年 月 日) 紹介先医療機関名

3. 精検中・精検後の重篤な偶発症(入院加療を伴うもの)

無 ・ 有 (具体的内容:)

4. 記載年月日

医療機関名	医師名
-------	-----

様式 7

様式7(3枚複写)
様式7-1(精密医療機関用)
様式7-2(検診機関用)
様式7-3(市町村用)

市町村

子宮頸がん検診精密検査依頼書兼結果通知書

年 月 日

子宮頸がん精密検査依頼書

精密検査医療機関 御中

医療機関名

TEL

本書持参の方は、子宮頸がん検診の結果、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、お手数ながら、下欄により結果通知書にご記入の上、様式7-2および3を当院へご返送くださるようお願い申し上げます。

フリガナ 氏名	生年月日 (S ・ H 年 月 日 歳)
検診日 年 月 日	標本状態 1.適正 2.不適正
細胞診判定 (ベセスダシステム)	1. NILM 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. AGC 7. AIS 8. SCC 9. Adeno Ca. 10. Other
検診受診医療機関	検診医

子宮頸がん精密検査結果通知書

1. 精密検査結果

検査結果		a. なし →2の「他院に紹介」にご記入ください。 b. あり →下記に実施した検査についてご記入ください。
	実施したすべての検査に○をつけてください。	1. コルポスコピー 2. 組織検査 3. 細胞診検査: 標本の状態 (a.適正 b.不適正) 結果 { 1. NILM 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. AGC 7. AIS 8. SCC 9. Adeno Ca. 10. Other } 4. HPV検査: 結果 (1.陰性 2.陽性) 5. その他の検査・検査法 ()

診断区分 (該当項目に○)

1.異常 認めず	2.子宮頸がんであった者(転移性を含まない)	2-1. 進行度が I A期の がん	3.AISで あった 者	4.CIN3 であった 者	5.CIN2 であった 者	6.CIN3又は CIN2のいずれか で区別できない者 (HSIL)	7.CIN1 であった 者	8.子宮頸がんの疑いのある者又は 未確定 ※a ※b	9.子宮頸がん及び びAIS及びCIN以外の疾患であった者 (転移性の子宮頸がんを含む) ※c ※d
診断日 (診断区分を決定した日)			年 月 日						

※a. ㊦が診察実施の者、または㊦が㊦・組織診にて異常を認めないが精密検査として同時に実施した細胞診にて異常が検出された者。

(例: 検診の細胞診結果がASC-USで、精密検査としてHPV検査や細胞診のみ実施しており、㊦が診が未実施の者)

※b. 精密検査受診者のうち、精検結果が子宮頸がんの疑いのある者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者は、診断区分8.に分類してください。

下記の「2.その後の処置」が、「エ.治療済み」の場合は、8.に分類せず、最終診断の区分をお書き下さい。

※c. 腺臭形成は診断区分9.に分類してください。

※d. その他(病名)にお書きください。(転移性の子宮頸がんも含む)

その他 (病名)

2. その後の処置

ア. なし: 次回の子宮頸がん検診へ戻る

イ. 定期的に経過観察 (月 後予定)

ウ. 治療予定 (i. 要手術 ii. その他:)

エ. 治療済み (年 月 日) ※治療済みの場合、「診断区分」には最終診断の区分をお書き下さい。

治療名: () 診断名: ()

オ. 他院に紹介 (年 月 日) 紹介先医療機関名

3. 精検中・精検後の重篤な偶発症(入院加療を伴うもの)

無 ・ 有 (具体的内容:)

4. 記載年月日

医療機関名	医師名
-------	-----

様式 8

様式8
子宮がん集団検診受診者名簿(兼)結果通知書

				年 月 日実施	市町村名又は事業所名				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	細胞診結果										指示区分	重篤な偶発症の有無 検診中・検診後	備考
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca			
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
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考えられる偶発症(入院を要するものに限る)の有無及びその内容について記載								
実施市町村又は事業所住所						検査機関責任者												
実施市町村又は事業所住所責任者名																		

様式 8

様式8
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	市町村名又は事業所名				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	細胞診結果										指示区分	重篤な偶発症の有無 検診中・検診後	備考
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca			
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
						不適 (判定不能)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC	AGC	ALS	Adenoca	Other		
						陰性	疑陽性	陽性	判定不能									
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考えられる偶発症(入院を要するものに限る)の有無及びその内容について記載								
実施市町村又は事業所住所						検査機関責任者												
実施市町村又は事業所住所責任者名																		

様式9

集団検診用
様式9（2枚複写）
┌ 様式9-1（検診機関用）
└ 様式9-2（市町村用）

子宮がん検診記録票（頸部）

受診者の方は、太枠の部分のみご記入ください

* 該当項目に○印をつけてください。

		集検日	年	月	日
住所		T E L	()	—	
フリガナ		生年月日	大正	昭和	平成
氏 名			年	月	日
			満	歳	・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。）					
1. 結婚は ①未婚 ②既婚					
2. 月経は ①最終月経 年 月 日より 日間、順（ 日型）、不順、 ②閉経（ ）歳					
3. 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）					
4. 現在医師の治療は ①受けていない ②受けている（病名）					
5. 現在ホルモン剤の使用は ①ない ②ある（種類） 期間（ ）					
6. 現在子宮内避妊器具使用は ①ない ②ある（期間）					
7. 子宮内膜掻爬術（流産・中絶）を1ヶ月以内に受けたことが ①ない ②ある					
8. 今までに大きな病気をしたことが ①ない ②ある（病名）					
9. 今までに手術をしたことが ①ない ②ある（手術名）					
10. 過去6ヵ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）					
11. 前回の検診は 年 月 日（結果）					

臨床所見	1. 腔部びらん 2. 頸管炎 3. ポリープ 4. 炎症 5. 子宮筋腫疑い 6. 付属器腫瘍疑い 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)		① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	標準作成法 □直接塗抹法 □液状検体法 採取器具 □ブラシ □へら □綿棒 □その他（ ）																			
判定	頸部（ベセスダ）システム判定： ※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>AGC</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	AGC	AIS	Adenoca	Other
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	頸部： 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） ※検診中または検診後、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。																						

様式9

集団検診用
様式9（2枚複写）
┌ 様式9-1（検診機関用）
└ 様式9-2（市町村用）

子宮がん検診記録票（頸部）

受診者の方は、太枠の部分のみご記入ください

* 該当項目に○印をつけてください。

		集検日	平成	年	月	日
住所		T E L	()	—		
フリガナ		生年月日	大正	昭和	平成	
氏 名			年	月	日	
			満	歳	・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。）						
1. 結婚は ①未婚 ②既婚						
2. 月経は ①最終月経 年 月 日より 日間、順（ 日型）、不順、 ②閉経（ ）歳						
3. 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）						
4. 現在医師の治療は ①受けていない ②受けている（病名）						
5. 現在ホルモン剤の使用は ①ない ②ある（種類） 期間（ ）						
6. 現在子宮内避妊器具使用は ①ない ②ある（期間）						
7. 子宮内膜掻爬術（流産・中絶）を1ヶ月以内に受けたことが ①ない ②ある						
8. 今までに大きな病気をしたことが ①ない ②ある（病名）						
9. 今までに手術をしたことが ①ない ②ある（手術名）						
10. 過去6ヵ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）						
11. 前回の検診は 年 月 日（結果）						

臨床所見	1. 腔部びらん 2. 頸管炎 3. ポリープ 4. 炎症 5. 子宮筋腫疑い 6. 付属器腫瘍疑い 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)		① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	標準作成法 □直接塗抹法 □液状検体法 採取器具 □ブラシ □へら □綿棒 □その他（ ）																			
判定	頸部（ベセスダ）システム判定： ※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>AGC</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	AGC	AIS	Adenoca	Other
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	頸部： 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） ※検診中または検診後、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。																						