

(様式 1-2)

# 子宮頸がん検診 結果票

※黒枠内を事前に記入し、医療機関へお持ちください

ふりがな		生 年 月 日	平成 昭和	年	月	日	生まれ
名前							
次の 1~13 の問診にお答えください。							
1. 初経年齢( 歳) 閉経年齢( 歳)			10. おりものが気になることがありますか。 なし・あり(色:白・黄・ピンク・他( )) (におい:なし・あり)				
2. 最近の月経( 月 日から 日間) 周期(規則的・不規則) 量(多量・普通・少量)			11. 自分または血縁関係がある方で、がんにかかった人が いる場合のみ記入してください。 続柄( )→ 部位( ) 続柄( )→ 部位( )				
3. 妊娠回数( 回) 最終妊娠( 年・ 歳)			12. 本日を除き子宮がん検診を受けたことがありますか。 なし・あり 〔 前回の検診( 年頃) 〕 結果 ( 異常なし・異常あり ) 異常ありの方のみ:詳しい検査を 受けた・受けない				
4. 分娩回数( 回) 最終出産( 年・ 歳)			13. その他、気になることがあれば記入してください。 〔 〕				
5. 婦人科の病気をしたことがありますか。 なし・あり(病名: 歳)							
6. 婦人科疾患以外の病気や手術をしたことはありますか。 なし・あり(病名 歳)							
7. 閉経後、ホルモン治療を受けたことがありますか。 なし・あり							
8. 最近 6 か月以内に月経と関係ない出血がありましたか。 なし・あり(性交時・排便時・その他)							
9. 子宮内避妊具を使用していますか。 なし・あり							

(医療機関記入欄)

検診実施日	年	月	日
細胞診方法	該当する方法に○をつけてください ・直接塗抹法 ・液状化検体法		
< 結 果 >			
1. 精密検査不要			
2. 要精密検査			
3. その他の所見 (所見名: )			
医療機関名	医師名		