

熱海市子宮頸がん検診の実施について（お願い）

時下、貴院におかれましては益々御清祥のこととお慶び申し上げます。

当市では、市外の医療機関または健診センターにて子宮頸がん検診を受けた場合、その費用の一部助成（償還払い）を実施しております。

つきましては、対象者への検診の実施および結果を記載し返却をお願いいたします。

1 費用助成の範囲

- (1) 子宮頸がん検診を受けた日が令和 8 年 6 月 1 日～翌年の 2 月末日の間であること
- (2) 医療保険を使用していないこと

2 検査項目・方法（参考）

- (1) 問 診 月経の状況、妊娠・出産回数、既往歴、家族歴、過去の検診受診の有無等
- (2) 視 診 陰鏡を挿入し、子宮頸部の状態を観察
- (3) 細胞診 子宮頸部のうち、陰部と頸管内の 2 箇所を全面擦過法により検体を採取し、迅速に固定した後、染色し顕微鏡下で観察（直接塗抹法）
検体採取後、固定保存液に入れたのち固定及び染色し顕微鏡下で観察（液状化検体法）
- (4) 内 診 双合診を実施

3 結果の記入と返却

結果について、別紙の様式 1-2 へ記入し対象者へお渡しく下さい。結果が精密検査等、所見があった場合、受診が必要な場合には受診勧奨をお願いします。

御不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。よろしくお願いいたします。

【問い合わせ先】

熱海市役所（保健センター）健康づくり課 健康づくり室
開庁時間：月～金曜日 8 時 30 分～17 時 15 分
電 話：0557-86-6294

(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 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 | | |