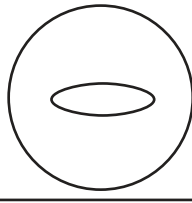


※赤枠内をご記入の上、お持ち下さい。

住所	□□□□ - □□□□				
健康手帳	新規 交付	持参	再交付	電話 ( )	-
(フリガナ)					生年 月日
氏名					西暦 年 月 日生 (満 歳)

実施年月日	年 月 日					
頸部	総合判定	1 がんの疑いなし		12 要精密検査		
	細胞診の検査成績	I	II	IIIa	IIIb	IV V
体部	総合判定	1 がんの疑いなし		12 要精密検査		
	細胞診の検査成績	1 陰性	2 擬陽性	3 陽性	4 判定不能	
臨床所見 (コルポ診を含む)  該当事項に○をつけてください。	1 所見なし	2 子宮腔部びらん	3 子宮頸管ポリープ	4 子宮頸管炎	5 子宮内膜炎	6 子宮周囲炎
	7 子宮内膜症	8 子宮筋腫	9 子宮(腔)脱下垂	10 腔炎・外陰炎	11 老人性腔炎	12 外陰腔腫瘍
				13 子宮付属器炎	14 付属器腫瘍	15 卵巣機能異常
				16 その他 ( )	子宮腔部図 	

問	1. 子宮がん検診を受けたことがありますか。	1. ない	2. ある (前回 年 月頃)
	2. 最近6か月以内に月経以外の出血または褐色のおりものがありましたか。	1. ない	2. ある (ときどき・続いて)
診	3. おりものについてご記入ください。	1. ない	2. ある (白色・黄色・他)
	4. 月経についてご記入ください。	最近の月経: 月 日 ~ 日間、量 (多・中・少) 閉 経: 満 歳 または 西暦 年	
診	5. 妊娠及び分娩についてご記入ください。		
	(1) 妊娠回数	分娩 回 (生産 回、死産 回)	流産 回 (人工 回、自然 回)
	(2) 最後に分娩したのはいつですか。	満 歳 または 西暦 年	
	6. 痛みなどの症状はありますか。	1. ない	2. ある ( )
	7. ホルモン剤を使用していますか。	1. いない	2. いる
	8. 子宮内避妊具を使用していますか。	1. いない	2. いる
	9. 今までに子宮の行基で治療や手術を受けたことがありますか。	1. ない	2. ある (治療・手術・その他)

※医師記入欄

子宮体がん検診の対象者チェック欄  
最近6か月以内に次のいずれかの症状のあった方が対象です。対象の場合は、番号に○をつけてください。

- 不正性器出血 (一過性の少量出血、閉経後出血等) または褐色のおりもの
- 月経異常 (過多月経、不規則月経等)

※子宮体がん検診の対象となる方はご記入ください。

- 子宮体がん検診についての説明を受けられましたか。  
1. はい 2. いいえ
- 子宮体がん検診を受けることに同意します。

署名  
\_\_\_\_\_

検診実施医療機関所在地

検診実施医療機関の名称

担当医師名