


子宮頸がん問診票兼結果通知票

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|--|---|--|--|--|------|---|----------------------|-----|----------------------|
| 受診日 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | T | S | H | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | | 歳 | | | | | | | | |
| 過去に枚方市の子宮頸がん検診を受けたことが | <input type="checkbox"/> ある <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 検診の結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(<input type="checkbox"/> 病医院 <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> その他) | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ない→何で知りましたか? <input type="checkbox"/> 広報 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 医師 | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)結婚の経験はありますか <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚(離婚・死別を含む) (2)月経・最終月経 月 <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 日間 <input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順・閉経 満 <input type="text"/> 歳 (3)妊娠 <input type="text"/> 回 出産は <input type="text"/> 回 現在妊娠 <input type="text"/> か月 (4)現在治療中の病気 (<input type="text"/>) (5)婦人科の病気にかかったこと <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名 <input type="text"/> 歳頃) (6)婦人科の手術を受けたこと(帝王切開含む) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (手術名 <input type="text"/> 歳頃) (7)現在のホルモン剤の使用 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名 <input type="text"/> ピル・その他 <input type="text"/>) (8)現在子宮内避妊具の使用 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (9)過去6か月以内の不正出血 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 量(少 中 多) 色(ピンク 茶色 赤) ①時期(性交時・排便時・その他 <input type="text"/>) ②頻度(月1回程度・月に2~3回程度・週に1回程度・毎日・その他 <input type="text"/>) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臨床所見 | <input type="checkbox"/> 頸がんの疑い <input type="checkbox"/> 体がんの疑い <input type="checkbox"/> 膣部びらん <input type="checkbox"/> 頸管炎 <input type="checkbox"/> ポリープ <input type="checkbox"/> 膣炎 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 付属器腫瘍 <input type="checkbox"/> 付属器炎 <input type="checkbox"/> 閉経後出血 <input type="checkbox"/> 月経異常 <input type="checkbox"/> 更年期出血 <input type="checkbox"/> 子宮内膜炎 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>) | | | | | | | | | | | | | | |
| | *内診所見  子宮膣部図示 | | | | | | | | | | 診察所見 | <input type="checkbox"/> 異常所見なし <input type="checkbox"/> 要受診 | | 診察医 | <input type="text"/> |
| ベセスダシステム | 陰性(NILM) | <input type="checkbox"/> 1. この標本中に異型細胞は認めない <input type="checkbox"/> 2. 微生物(トリコモナス・真菌類・ヘルペス・雑菌・他) <input type="checkbox"/> 3. 反応性細胞性変化(炎症・修復) 委縮 | | | | | | | | | | | | | |
| | 扁平上皮系異常 | <input type="checkbox"/> 1. ASC-US(軽度扁平上皮病変疑い) <input type="checkbox"/> 2. ASC-H(高度扁平上皮病変疑い) <input type="checkbox"/> 3. LSIL(HPV感染 軽度異形成) <input type="checkbox"/> 4. HSIL(中等度異形成 高度異形成 上皮内癌) <input type="checkbox"/> 5. SCC(扁平上皮癌) | | | | | | | | | | | | | |
| | 腺系異常・その他の悪性腫瘍 | <input type="checkbox"/> 1. AGC(腺異型 腺癌疑い) <input type="checkbox"/> 2. AIS(上皮内腺癌) <input type="checkbox"/> 3. Adenocarcinoma(頸部腺癌 体部腺癌) <input type="checkbox"/> 4. Other malig(その他の悪性腫瘍) | | | | | | | | | | | | | |
| | コメント | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| 標本評価 | 適性 | <input type="checkbox"/> 1. 標的細胞を殆ど認めず <input type="checkbox"/> 2. 標的細胞少数(粘液 出血 塗抹が薄く小範囲) <input type="checkbox"/> 3. その他(<input type="text"/>) | | | | | | | | | | 報告日 | <input type="text"/> | | |
| | 不十分 | <input type="checkbox"/> 1. 異常認めず <input type="checkbox"/> 2. 異常なしであるが抗炎症等の治療を要する <input type="checkbox"/> 3. 要精検 <input type="checkbox"/> ①HPV検査必要(HPV検査実施の場合 ・陽性 ・陰性) <input type="checkbox"/> ②生検・コルポ等 ・当医院で実施 ・他院に紹介(<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> ③要再検 <input type="text"/> か月後に細胞診検査が必要 | | | | | | | | | | 細胞診検査機関名 | <input type="text"/> | | |
| 不適正 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検診結果 | <input type="checkbox"/> 1. 異常認めず <input type="checkbox"/> 2. 異常なしであるが抗炎症等の治療を要する <input type="checkbox"/> 3. 要精検 <input type="checkbox"/> ①HPV検査必要(HPV検査実施の場合 ・陽性 ・陰性) <input type="checkbox"/> ②生検・コルポ等 ・当医院で実施 ・他院に紹介(<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> ③要再検 <input type="text"/> か月後に細胞診検査が必要 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師名 | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | 医療法人成育会 なりもとレディースホスピタル | | | | | | | | | | | | | | |

ファルコバイオシステムズ