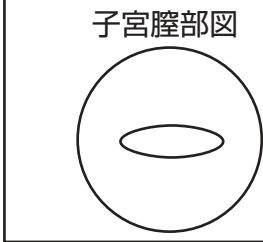


※赤枠内をご記入の上、お持ち下さい。

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

実施年月日	平成 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 昭和 平成 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 昭和・平成 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)
診	(2) 最後に分娩したのはいつですか。	満 歳 または 昭和・平成 年
	6. 痛みなどの症状はありますか。	1. ない 2. ある ()
診	7. ホルモン剤を私用していますか。	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
診	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

2. 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