

子宮がん検診推進特別委員会

目 次

子宮がん検診推進特別委員会報告書

I. 目 的

II. 事 業 結 果

子宮がん検診推進特別委員会

(平成 22 年度)

子宮がん検診推進特別委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 子宮がん検診推進特別委員会

委員長 工藤 美樹

I. 目 的

子宮がん検診は、細胞診による子宮頸がんの早期発見により、死亡率の低下に貢献してきた実績がある。細胞診の報告様式は、日本では昭和 53 年から 5 段階のクラス分類による日母分類が広く使用されてきた。しかし、クラス分類には様々な問題があるため、多くの国ではベセスダ分類が採用されている。

本委員会では、細胞診の報告様式にベセスダシステムを取り入れ、医師や細胞検査士が結果を簡単に記入することが可能で、市町などが検診結果の把握やデータ管理を容易に行えるように、統一した子宮頸がん検診および子宮体がん検診の結果報告書、精密検査依頼書などを作成する。

II. 事 業 結 果

(1) 特別委員会の開催と協議事項

① 平成 22 年 10 月 6 日(水) 広島医師会館

1. 子宮がん検診関連書類の標準化

尾三圏域地对協における子宮がん検診結果報告などの様式をもとにして、以下の書類を作成し、次回の委員会で協議する。

子宮がん検診受診票 兼 結果報告書

子宮頸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

子宮体がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

2. 子宮がん検診（頸がん、体がん）の精度管理に関する研修会の実施

平成 22 年度子宮がん検診従事者研修会の開催が承認され、以下のように行われた。

平成 23 年 1 月 22 日

講演：専用ブラシ採取による液状化検体細胞
新の有用性について

講師：福山市医師会診断病理学センター病理
検査課長 小林 孝子

② 平成 23 年 3 月 11 日(金) 広島医師会館

第 1 回特別委員会の協議結果から、以下の案を作成し、第 2 回特別委員会で協議を行った。

1. 子宮がん検診受診票 兼 結果報告書
2. 子宮頸がん・体がん精密検査受診のお知らせ
3. 子宮頸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書
4. 子宮体がん精密検査依頼書 兼 結果報告書
5. 子宮頸がん・体がん検診および精密検査に係る各種様式の使用法

協議結果をもとに最終案を作成し、通信会議で各委員から承認を得て確定することとした。

(2) 結果報告書などの作成

1. 子宮がん検診受診票 兼 結果報告書
2. 子宮頸がん・体がん精密検査受診のお知らせ
3. 子宮頸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書
4. 子宮体がん精密検査依頼書 兼 結果報告書
5. 子宮頸がん・体がん検診および精密検査に係る各種様式の使用法

以上の書類を作成した。また、広島がんネットに以下のアドレスで公開され、ダウンロードし使用可能である。

<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/gan-net/tori/toril.html#torild>

子宮頸がん・体がん検診受診票 兼 結果報告書

〇〇市(町)子宮頸がん・体がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医療機関から〇〇市(町)へ返送されることを了承します。

※太枠のなかを記入してください。

※この欄は記入しないでください。

〇〇市(町)子宮がん検診申込 兼 同意書(本人署名)	
〒	
市 町 番地 丁目	
フリガナ	
.....	
名前 様	
生年月日	歳
電話番号	

受付No.	
受診年月日	年 月 日
医療機関名	
(TEL)	() - () - ()
医師名	

子宮頸がん検診無料クーポン券対象者

問診内容

子宮がん検診受診歴	<input type="checkbox"/> 受けたことがある(平成 年) <input type="checkbox"/> 受けたことがない <input checked="" type="checkbox"/> 検診結果 <input type="checkbox"/> 異常あり () <input type="checkbox"/> 異常なし	
月経	最近の月経 月 日 から 日間 閉経 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳)	
自覚症状(最近6ヶ月以内)	月経トラブル (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : <input type="checkbox"/> 不規則※注1 <input type="checkbox"/> 出血量が多い※注1 <input type="checkbox"/> 痛みが激しい) 不正出血 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※注1) かゆみ (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) おりもの (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) おりものの着色 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : <input type="checkbox"/> 白色 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 褐色※注1) その他 ()	
妊娠歴	妊娠 (回) 分娩 (回)	
治療の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	

注1) 該当する症状(不正出血, 褐色帯下, 月経異常など)を認める方は, 子宮体がん検診の該当者です。

注2) 内診の結果, 必要となった検査については, 別途料金がかかります。

子宮頸がん検診結果

標本の種類		標本の適否	判定可能・不可能
標本作成法	<input type="checkbox"/> 直接塗抹法 <input type="checkbox"/> 液状化検体法 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> サイトピック <input type="checkbox"/> ヘラ <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> 綿棒 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 判定可能 <input type="checkbox"/> 不適正 <input type="checkbox"/> 判定不可能
子宮頸部細胞診判定			
ベセスダ分類	<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma <input type="checkbox"/> Other malig		
日母分類	<input type="checkbox"/> Class I <input type="checkbox"/> Class II <input type="checkbox"/> Class IIIa <input type="checkbox"/> Class IIIb <input type="checkbox"/> Class IV <input type="checkbox"/> Class V		
子宮頸がん検診判定結果	<input type="checkbox"/> 精密検査不要 定期検診を受けてください <input type="checkbox"/> 要精密検査		
その他の婦人科疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		

子宮体がん検診結果

子宮体部細胞診判定	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 疑陽性 <input type="checkbox"/> 陽性
子宮体がん検診判定結果	<input type="checkbox"/> 精密検査不要 <input type="checkbox"/> 要精密検査

子宮頸がん・体がん検診受診票 兼 結果報告書

〇〇市(町)子宮頸がん・体がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医療機関から〇〇市(町)へ返送されることを了承します。

※太枠のなかを記入してください。

※この欄は記入しないでください。

〇〇市(町)子宮がん検診申込 兼 同意書(本人署名)	
〒	
市	町
番地	丁目
フリガナ	
名前	
様	
生年月日	歳
電話番号	

受付No.	
受診年月日	年 月 日
医療機関名	
(TEL)	() - ()
医師名	

子宮頸がん検診無料クーポン券対象者

問診内容

子宮がん検診受診歴	<input type="checkbox"/> 受けたことがある(平成 年) <input type="checkbox"/> 受けたことがない
	↳ 検診結果 <input type="checkbox"/> 異常あり () <input type="checkbox"/> 異常なし
月経	最近の月経 月 日 から 日間 閉経 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳)
自覚症状(最近6ヶ月以内)	月経トラブル (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : <input type="checkbox"/> 不規則※注1 <input type="checkbox"/> 出血量が多い※注1 <input type="checkbox"/> 痛みが激しい) 不正出血 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※注1) かゆみ (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) おりもの (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) おりものの着色 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : <input type="checkbox"/> 白色 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 褐色※注1) その他 ()
妊娠歴	妊娠 (回) 分娩 (回)
治療の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

注1) 該当する症状(不正出血, 褐色帯下, 月経異常など)を認める方は, 子宮体がん検診の該当者です。

注2) 内診の結果, 必要となった検査については, 別途料金がかかります。

子宮頸がん検診結果

標本の種類		標本の適否	判定可能・不可能
標本作成法	<input type="checkbox"/> 直接塗抹法 <input type="checkbox"/> 液状化検体法 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正	<input type="checkbox"/> 判定可能 <input type="checkbox"/> 判定不可能
	採取器具 <input type="checkbox"/> サイトピック <input type="checkbox"/> ヘラ <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> 綿棒 <input type="checkbox"/> その他()		
子宮頸部細胞診判定			
ベセスダ分類	<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma <input type="checkbox"/> Other malig		
日母分類	<input type="checkbox"/> Class I <input type="checkbox"/> Class II <input type="checkbox"/> Class III a <input type="checkbox"/> Class III b <input type="checkbox"/> Class IV <input type="checkbox"/> Class V		
子宮頸がん検診判定結果	<input type="checkbox"/> 精密検査不要 定期検診を受けてください <input type="checkbox"/> 要精密検査		
その他の婦人科疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		

子宮体がん検診結果

子宮体部細胞診判定	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 疑陽性 <input type="checkbox"/> 陽性
子宮体がん検診判定結果	<input type="checkbox"/> 精密検査不要 <input type="checkbox"/> 要精密検査

子宮頸がん・体がん検診受診票 兼 結果報告書

〇〇市(町)子宮頸がん・体がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医療機関から〇〇市(町)へ返送されることを了承します。

※太枠のなかを記入してください。

※この欄は記入しないでください。

〇〇市(町)子宮がん検診申込 兼 同意書(本人署名)	
〒	
市	町
番地	丁目
フリガナ	
.....	
名前	様
生年月日	歳
電話番号	

受付No.	
受診年月日	年 月 日
医療機関名	
(TEL)	() - ()
医師名	

子宮頸がん検診無料クーポン券対象者

問診内容

子宮がん検診受診歴	<input type="checkbox"/> 受けたことがある(平成 年) <input type="checkbox"/> 受けたことがない
	↳ 検診結果 <input type="checkbox"/> 異常あり () <input type="checkbox"/> 異常なし
月経	最近の月経 月 日 から 日間 閉経 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳)
自覚症状(最近6ヶ月以内)	月経トラブル (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : <input type="checkbox"/> 不規則※注1 <input type="checkbox"/> 出血量が多い※注1 <input type="checkbox"/> 痛みが激しい) 不正出血 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※注1) かゆみ (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) おりもの (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) おりものの着色 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : <input type="checkbox"/> 白色 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 褐色※注1) その他 ()
妊娠歴	妊娠 (回) 分娩 (回)
治療の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

注1) 該当する症状(不正出血, 褐色帯下, 月経異常など)を認める方は, 子宮体がん検診の該当者です。

注2) 内診の結果, 必要となった検査については, 別途料金がかかります。

子宮頸がん検診結果

子宮頸部細胞診判定	
ベセスダ分類	<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL
	<input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma <input type="checkbox"/> Other malig
日母分類	<input type="checkbox"/> Class I <input type="checkbox"/> Class II <input type="checkbox"/> Class IIIa <input type="checkbox"/> Class IIIb <input type="checkbox"/> Class IV <input type="checkbox"/> Class V
子宮頸がん検診判定結果	<input type="checkbox"/> 精密検査不要 定期検診を受けてください <input type="checkbox"/> 要精密検査
その他の婦人科疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

子宮体がん検診結果

子宮体部細胞診判定	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 疑陽性 <input type="checkbox"/> 陽性
子宮体がん検診判定結果	<input type="checkbox"/> 精密検査不要 <input type="checkbox"/> 要精密検査

平成 年 月 日

様

子宮頸がん・体がん精密検査受診のお知らせ

平成 年 月 日に受診された検診の結果、精密検査が必要です。
できるだけ早く精密検査を受けてください。

精密検査を受けないと、がん検診の意義はなくなってしまいます。

- 精密検査には、次のものを忘れずに持参してください。
 - ・一次検診結果【子宮頸がん・体がん検診受診票 兼 結果報告書（本人交付用）】
 - ・紹介状【子宮頸がん（又は体がん）精密検査依頼書 兼 結果報告書（3枚複写）】
 - ・健康保険証 ※精密検査にかかる費用は、個人負担で、医療保険が適用されます。
- 精密検査を受ける際の手続きについては、直接医療機関にお尋ねください。
- 精密検査の結果が、担当医から、一次検診実施機関と〇〇市（町）へ返送されますので、あらかじめご了承ください。

問合せ先（一次検診実施機関）

電話

①精密検査実施医療機関保存用

様式3
【3枚複写】

子宮頸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

平成 年 月 日

精密検査実施医療機関の長 様

一次検診実施機関名及び所在地
医師名 ㊞

次の方は子宮頸がん検診の結果、要精密検査となりましたので、御高診の上御指導をよろしく願いいたします。
 なお、お手数をおかけしますが、本状下段の精密検査結果報告書に記入の上、3枚複写の②を一次検診機関に、
 ③を〇〇市(町)〇〇課(住所:〇〇市〇〇町〇〇〇番地, Tel: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)に御送付くださるようお願いいたします。

氏名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)
住所 (〒)		

子宮頸がん精密検査結果報告書

貴院カルテ番号			
検査結果	1. コルポスコープ検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日)		
	2. 細胞診検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日)		
	結果	ベセスダ分類	<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> Adeno Ca. <input type="checkbox"/> Other
		日母分類	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
	3. HPV検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 結果 ()		
4. 組織検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 結果 ()			
5. その他 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 検査法 () 結果 ()			
診断区分	A. 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常なし	
	B. 異形成	<input type="checkbox"/> 高度異形成 <input type="checkbox"/> 中等度異形成 <input type="checkbox"/> 軽度異形成 <input type="checkbox"/> 腺異形成	
	C. 悪性腫瘍※	<input type="checkbox"/> 上皮内がん <input type="checkbox"/> 微小浸潤扁平上皮がん <input type="checkbox"/> 扁平上皮がん <input type="checkbox"/> 上皮内腺がん <input type="checkbox"/> 微小浸潤腺がん <input type="checkbox"/> 腺がん <input type="checkbox"/> その他 ()	
	D. その他	<input type="checkbox"/> コンジローマ <input type="checkbox"/> その他 ()	
その後の処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 定期的に経過観察 <input type="checkbox"/> 治療予定 (<input type="checkbox"/> 要手術 <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 手術施行済み (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 他院に紹介 (平成 年 月 日 医療機関名)		
精検に伴う偶発症の有無	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		
記載日	平成 年 月 日	医療機関名	医師名 ㊞

※C. 悪性腫瘍については、「続発性腫瘍」の場合、■その他(続発性腫瘍)と記入してください。
 - 広島県地域保健対策協議会 子宮がん検診推進特別委員会 -

子宮頸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

平成 年 月 日

子宮頸がん一次検診実施機関の長 様

一次検診実施機関名及び所在地

医師名

要精密検査者の精密検査結果を報告します。

氏名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)
住所 (〒)		

子宮頸がん精密検査結果報告書

貴院カルテ番号			
検査結果	1. コルポスコープ検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日)		
	2. 細胞診検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日)		
	結果	ベセスダ分類	<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> Adeno Ca. <input type="checkbox"/> Other
		日母分類	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
	3. HPV検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 結果 ()		
4. 組織検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 結果 ()			
5. その他 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 検査法 () 結果 ()			
診断区分	A. 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常なし	
	B. 異形成	<input type="checkbox"/> 高度異形成 <input type="checkbox"/> 中等度異形成 <input type="checkbox"/> 軽度異形成 <input type="checkbox"/> 腺異形成	
	C. 悪性腫瘍※	<input type="checkbox"/> 上皮内がん <input type="checkbox"/> 微小浸潤扁平上皮がん <input type="checkbox"/> 扁平上皮がん <input type="checkbox"/> 上皮内腺がん <input type="checkbox"/> 微小浸潤腺がん <input type="checkbox"/> 腺がん <input type="checkbox"/> その他 ()	
	D. その他	<input type="checkbox"/> コンジローマ <input type="checkbox"/> その他 ()	
その後の処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 定期的に経過観察 <input type="checkbox"/> 治療予定 (<input type="checkbox"/> 要手術 <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 手術施行済み (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 他院に紹介 (平成 年 月 日 医療機関名)		
精検に伴う 偶発症の有無	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		
記載日	平成 年 月 日	医療機関名	医師名 ㊟

※C. 悪性腫瘍については、「続発性腫瘍」の場合、■その他 (続発性腫瘍) と記入してください。

—広島県地域保健対策協議会 子宮がん検診推進特別委員会—

子宮頸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

平成 年 月 日

〇〇市（町）長 様

一次検診実施機関名及び所在地

医師名

要精密検査者の精密検査結果を報告します。

氏名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)
住所 (〒)		

子宮頸がん精密検査結果報告書

貴院カルテ番号			
検査結果	1. コルポスコープ検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日)		
	2. 細胞診検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日)		
	結果	ベセスダ分類	<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> Adeno Ca. <input type="checkbox"/> Other
		日母分類	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
	3. HPV検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 結果 ()		
4. 組織検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 結果 ()			
5. その他 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 検査法 () 結果 ()			
診断区分	A. 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常なし	
	B. 異形成	<input type="checkbox"/> 高度異形成 <input type="checkbox"/> 中等度異形成 <input type="checkbox"/> 軽度異形成 <input type="checkbox"/> 腺異形成	
	C. 悪性腫瘍※	<input type="checkbox"/> 上皮内がん <input type="checkbox"/> 微小浸潤扁平上皮がん <input type="checkbox"/> 扁平上皮がん <input type="checkbox"/> 上皮内腺がん <input type="checkbox"/> 微小浸潤腺がん <input type="checkbox"/> 腺がん <input type="checkbox"/> その他 ()	
	D. その他	<input type="checkbox"/> コンジローマ <input type="checkbox"/> その他 ()	
その後の処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 定期的に経過観察 <input type="checkbox"/> 治療予定 (<input type="checkbox"/> 要手術 <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 手術施行済み (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 他院に紹介 (平成 年 月 日 医療機関名)		
精検に伴う偶発症の有無	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		
記載日	平成 年 月 日	医療機関名	医師名 ㊟

※C. 悪性腫瘍については、「続発性腫瘍」の場合、■その他（続発性腫瘍）と記入してください。

—広島県地域保健対策協議会 子宮がん検診推進特別委員会—

①精密検査実施医療機関保存用

様式 4
【3枚複写】

子宮体がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

精密検査実施医療機関の長 様 平成 年 月 日

一次検診実施機関名及び所在地
医師名 ㊦

次の方は子宮体がん検診の結果、要精密検査となりましたので、御高診の上御指導をよろしくお願いたします。
 なお、お手数をおかけしますが、本状下段の精密検査結果報告書に記入の上、3枚複写の②を一次検診機関に、
 ③を〇〇市(町)〇〇課(住所:〇〇市〇〇町〇〇〇番地, Tel: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)に御送付くださるようお願いいたします。

氏名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)
住所 (〒 -)		

子宮体がん精密検査結果報告書

貴院カルテ番号		
検 査 結 果	1. 細胞診検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 結果 ()	
	2. 組織診検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 結果 ()	
	3. その他 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 検査法 () 結果 ()	
診 断 区 分	A. 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常なし
	B. 子宮内膜増殖症	<input type="checkbox"/> 単純型子宮内膜増殖症 <input type="checkbox"/> 複雑型子宮内膜増殖症 <input type="checkbox"/> 子宮内膜異型増殖症
	C. 悪性腫瘍※	<input type="checkbox"/> 子宮内膜癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌肉腫 <input type="checkbox"/> その他 ()
	D. その他	()
その後の処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 定期的に経過観察 <input type="checkbox"/> 治療予定 (<input type="checkbox"/> 要手術 <input type="checkbox"/> その他 :) <input type="checkbox"/> 手術施行済み (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 他院に紹介 (平成 年 月 日 医療機関名)	
精 検 に 伴 う 偶 発 症 の 有 無	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	
記載日	平成 年 月 日	医療機関名 医師名 ㊦

※C. 悪性腫瘍については、「続発性腫瘍」の場合、■その他(続発性腫瘍)と記入してください。
 —広島県地域保健対策協議会 子宮がん検診推進特別委員会—

②子宮体がん一次検診実施機関保存用

様式 4
【3 枚複写】

子宮体がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

平成 年 月 日

子宮体がん一次検診実施機関の長 様

一次検診実施機関名及び所在地
医師名

要精密検査者の精密検査結果を報告します。

氏名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)
住所 (〒 -)		

子宮体がん精密検査結果報告書

貴院カルテ番号		
検査結果	1. 細胞診検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 結果 ()	
	2. 組織診検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 結果 ()	
	3. その他 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 検査法 () 結果 ()	
診断区分	A. 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常なし
	B. 子宮内膜増殖症	<input type="checkbox"/> 単純型子宮内膜増殖症 <input type="checkbox"/> 複雑型子宮内膜増殖症 <input type="checkbox"/> 子宮内膜異型増殖症
	C. 悪性腫瘍※	<input type="checkbox"/> 子宮内膜癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌肉腫 <input type="checkbox"/> その他 ()
	D. その他	()
その後の処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 定期的に経過観察 <input type="checkbox"/> 治療予定 (<input type="checkbox"/> 要手術 <input type="checkbox"/> その他 :) <input type="checkbox"/> 手術施行済み (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 他院に紹介 (平成 年 月 日 医療機関名)	
精検に伴う 偶発症の有無	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	
記載日	平成 年 月 日	医療機関名
		医師名 ㊦

※C. 悪性腫瘍については、「続発性腫瘍」の場合、■その他（続発性腫瘍）と記入してください。
 —広島県地域保健対策協議会 子宮がん検診推進特別委員会—

子宮体がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

平成 年 月 日

〇〇市（町）長 様

一次検診実施機関名及び所在地

医師名

要精密検査者の精密検査結果を報告します。

氏名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)
住所 (〒 -)		

子宮体がん精密検査結果報告書

貴院カルテ番号		
検査結果	1. 細胞診検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 結果 ()	
	2. 組織診検査 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 結果 ()	
	3. その他 (<input type="checkbox"/> 実施しない ・ <input type="checkbox"/> 実施した 平成 年 月 日) 検査法 () 結果 ()	
診断区分	A. 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常なし
	B. 子宮内膜増殖症	<input type="checkbox"/> 単純型子宮内膜増殖症 <input type="checkbox"/> 複雑型子宮内膜増殖症 <input type="checkbox"/> 子宮内膜異型増殖症
	C. 悪性腫瘍※	<input type="checkbox"/> 子宮内膜癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌肉腫 <input type="checkbox"/> その他 ()
	D. その他	()
その後の処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 定期的に経過観察 <input type="checkbox"/> 治療予定 (<input type="checkbox"/> 要手術 <input type="checkbox"/> その他 :) <input type="checkbox"/> 手術施行済み (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 他院に紹介 (平成 年 月 日 医療機関名)	
精検に伴う偶発症の有無	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	
記載日	平成 年 月 日	医師名 ㊟

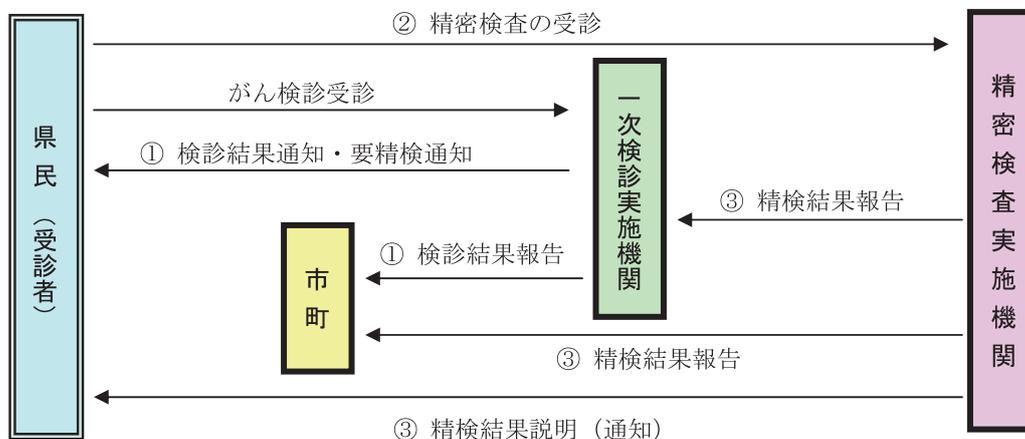
〔 ※C. 悪性腫瘍については、「続発性腫瘍」の場合、■その他（続発性腫瘍）と記入してください。 〕

—広島県地域保健対策協議会 子宮がん検診推進特別委員会—

子宮頸がん・体がん検診及び精密検査に係る各種様式の使用法

番号	通知・報告先	様式名	備考
① 検診結果通知・要精密検査通知	県民（受診者）		3枚目を送付
	要精密検査者以外	○子宮頸がん・体がん検診受診票兼結果報告書（様式1）	
	要精密検査者	○子宮頸がん・体がん検診受診票兼結果報告書（様式1） ○子宮頸がん・体がん精密検査受診のお知らせ（様式2） ○子宮頸がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式3） ○子宮体がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式4）	
	一次検診実施機関	○子宮頸がん・体がん検診受診票兼結果報告書（様式1）	1枚目を保存
	市町	○子宮頸がん・体がん検診受診票兼結果報告書（様式1）	2枚目を送付
② 精密検査受診	精密検査実施機関	○子宮頸がん・体がん検診受診票兼結果報告書（様式1） ○子宮頸がん・体がん精密検査受診のお知らせ（様式2） ○子宮頸がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式3） ○子宮体がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式4）	各様式を持参
③ 精密検査結果報告	精密検査実施機関	○子宮頸がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式3） ○子宮体がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式4）	1枚目を保存
	一次検診実施機関	○子宮頸がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式3） ○子宮体がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式4）	2枚目を送付
	市町	○子宮頸がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式3） ○子宮体がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式4）	3枚目を送付

《がん検診実施フロー》



広島県地域保健対策協議会 子宮がん検診推進特別委員会

委員長	工藤 美樹	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	赤木 武文	市立三次中央病院
	有田 健一	広島県医師会
	宇津宮仁志	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	小川 勝成	広島大学病院診療支援部病理検査部
	勝部 泰裕	中国労災病院
	加納 恵子	広島市健康福祉局保健部保健医療課
	吉川 正哉	広島県医師会
	佐古 通	広島県健康福祉センター
	佐々木英夫	広島原爆障害対策協議会健康管理・増進センター
	佐々木 克	JA尾道総合病院
	寺本 秀樹	国立病院機構東広島医療センター
	内藤 博之	県立広島病院
	中西 慶喜	JA広島総合病院
	野間 純	広島市民病院
	早瀬 良二	国立病院機構福山医療センター
	檜谷 義美	広島県医師会
	藤原 久也	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	温泉川梅代	広島県医師会