

(別紙・子宮1)

上尾市子宮がん検診精密検査結果連絡票

フリガナ		一次検診受診番号	
氏名		一次検査受診日	令和 年 月 日
住所	上尾市	生年月日	昭・平 年 月 日

子宮頸がん(検査実施日 令和 年 月 日)	子宮体がん(検査実施日 令和 年 月 日)
-----------------------	-----------------------

検査方法	<input type="checkbox"/> コルポスコープ <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診 <input type="checkbox"/> HPV検査→【結果 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性】 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()
------	--	--

診断・所見	<input type="checkbox"/> 異常認めず <input type="checkbox"/> 子宮頸部の悪性腫瘍 (転移性を含まない) <input type="checkbox"/> 微小浸潤扁平上皮がん【1A期】 <input type="checkbox"/> 微小浸潤腺がん【1A期】 <input type="checkbox"/> 扁平上皮がん【1B期以上】 <input type="checkbox"/> 腺がん【1B期以上】 <input type="checkbox"/> 子宮頸部の二次性腫瘍 (原発臓器) <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> CIN3 <input type="checkbox"/> CIN2 <input type="checkbox"/> CIN1 <input type="checkbox"/> HSIL (CIN3とCIN2の区別ができないもの) <input type="checkbox"/> 子宮頸がんの疑いまたは未確定 <input type="checkbox"/> その他 (子宮頸部以外の悪性腫瘍含む) ()	<input type="checkbox"/> 異常認めず <input type="checkbox"/> 子宮体がん (<input type="checkbox"/> 疑い) <input type="checkbox"/> 原発性 <input type="checkbox"/> 転移性 <input type="checkbox"/> 未確定 <input type="checkbox"/> 異型増殖症 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん(疑い含む) <input type="checkbox"/> その他のがん(疑い含む) () <input type="checkbox"/> 子宮体がん以外の疾患 <input type="checkbox"/> ポリープ <input type="checkbox"/> 膣炎 <input type="checkbox"/> 頸管炎 <input type="checkbox"/> 子宮内膜炎 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 附属器腫瘍 <input type="checkbox"/> その他の疾患() <input type="checkbox"/> 診断未確定
-------	--	---

治療	<input type="checkbox"/> 要 → <input type="checkbox"/> 他の医療機関へ紹介 <input type="checkbox"/> 不要 → <input type="checkbox"/> 当医療機関で治療 (複数選択可) <input type="checkbox"/> 手術(施行・予定) <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 化学治療 <input type="checkbox"/> 対症療法 <input type="checkbox"/> 経過観察
----	---

偶発症	<input type="checkbox"/> 精密検査中/精密検査後の入院治療を要する重篤な偶発症有 → <input type="checkbox"/> 偶発症による死亡
-----	--

医療機関	名称 所在地 医師名 電話
------	------------------------