

※「働く世代の女性支援のためのがん検診推進事業」 無料クーポン券対象者用

せたな町乳がん(マンモグラフィ併用)検診申し込み兼受診票

せたな町長

【受診者記入欄】

▽受診希望者は太枠内に記入し、押印のうえ医療機関に提出してください。

受診者記入欄	受診年月日	平成 年 月 日			
	住 所	せたな町 区			
	フリガナ				
	氏 名			電話	- -
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			

【医療機関記入欄】 ※該当する番号に○をつけてください。

検診料徴収区分	1 50歳以上	無料
	2 40歳～49歳	無料

◇判定結果

判定結果	1 異常なし 2 要経過観察(疾患名: [か月後]) 3要精密検査(疾患名:)
精密検査紹介医療機関	
実施医療機関名	
担 当 医	

【受診者記入欄】

氏名:	生年月日:
-----	-------

せたな町子宮(頸部)がん検診申し込み兼受診票

せたな町長

【受診者記入欄】

▽受診希望者は太枠内に記入し、押印のうえ医療機関に提出してください。

受診者記入欄	受診年月日	平成 年 月 日		
	住所	せたな町 区		
	フリガナ			
	氏名	Ⓜ	電話	- -
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		

子宮(体部)がん検診 ※費用は自己負担となります。

体部細胞診検査を引き続き貴院にて受診することに同意します。	氏名 Ⓜ
-------------------------------	---

【医療機関記入欄】 ※該当する番号に○をつけてください。

検診料徴収区分	1 頸部のみ	無料
	2 頸部・体部	体部細胞診のみ自己負担

◇判定結果

1 頸部細胞診 該当する□に✓をつけてください。

判定結果	推定病変	旧分類	判定結果	推定病変	旧分類
<input type="checkbox"/> NILM	陰性, 異常細胞なし	I, II	<input type="checkbox"/> 腺系異常およびその他の悪性腫瘍		
<input type="checkbox"/> 扁平上皮系異常					
ASC-US	<input type="checkbox"/> 軽度扁平上皮内病変疑い	II~IIIa	AGC	<input type="checkbox"/> 腺異型または腺がん疑い	III
ASC-H	<input type="checkbox"/> 高度扁平上皮内病変疑い	IIIa~IIIb	AIS	<input type="checkbox"/> 上皮内腺がん	IV
LSIL	<input type="checkbox"/> HPV感染	IIIa	Adenocarcinoma	<input type="checkbox"/> 腺がん	V
	<input type="checkbox"/> 軽度異形成				
HSIL	<input type="checkbox"/> 中等度異形成	IIIa	<input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍	V
	<input type="checkbox"/> 高度異形成	IIIb			
	<input type="checkbox"/> 上皮内がん	IV			
SCC	<input type="checkbox"/> 扁平上皮がん	V			

頸部細胞診結果 該当する結果に○をつけてください。

異常なし	か月後再検査	要精密検査
------	--------	-------

2 体部細胞診 該当する結果に○をつけてください。

体部細胞診結果	陰性 ・ 疑陽性 ・ 陽性 精密検査不要 ・ 要精密検査
---------	---------------------------------

医療機関名	担当医	Ⓜ
-------	-----	---

【受診者記入欄】

氏名:	生年月日:
-----	-------