※令和5年度　無料クーポン券対象者用

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	令和　　年　　月　　日		
	住　　所	せたな町　　区		
	フ リ ガ ナ		電話	ー　　ー
	氏　　名	㊞		
	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】 ※該当する番号に〇をつけてください。

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
□NILM		陰性，異常細胞なし	Ⅰ，Ⅱ	□腺系異常およびその他の悪性腫瘍			
□扁平上皮系異常							
ASC-US	□	軽度扁平上皮内病変疑い	Ⅱ～Ⅲa	AGC	□	腺異型または腺がん疑い	Ⅲ
ASC-H	□	高度扁平上皮内病変疑い	Ⅲa～Ⅲb	AIS	□	上皮内腺がん	Ⅳ
LSIL	□	HPV感染	Ⅲa	Adenocarcinoma	□	腺がん	Ⅴ
	□	軽度異形成					
HSIL	□	中等度異形成	Ⅲa	その他の悪性腫瘍	□	その他の悪性腫瘍	Ⅴ
	□	高度異形成	Ⅲb				
	□	上皮内がん	Ⅳ				
SCC	□	扁平上皮がん	Ⅴ				

頸部細胞診結果	該当する結果に〇をつけてください。
	異常なし　・　か月後再検査　・　要精密検査

2　体部細胞診　　該当する結果に〇をつけてください。

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：