

# 新潟市子宮頸がん施設検診実施要領

## 1 目 的

子宮頸がんの早期発見と早期治療を促進するため、子宮頸がん施設検診（以下「検診」という。）を実施し、市民の健康の保持増進に寄与する。また、子宮頸がんによる死亡率を減少させることを目的とする。

## 2 対 象 者

(1) 新潟市に住民票があり、20歳以上の偶数年齢の女性で、職場等で受診の機会のない者（職場等でオプション（選択制）での受診機会があっても、職場等から費用の助成がなければ市の検診を受診可とする）。ただし、奇数年齢の者であっても、前年度に受診していない場合は対象とする。年齢は、年度末に達する年齢とする。

ただし、市長が必要と認める場合はこの限りではない。

(2) 対象者の確認は、受診券及び健康保険証等により行う。

(3) 上記対象者のうち、下記の者は除く。

ア 対象疾患で受療中又は経過観察中の者

イ 入院中の者

ウ 子宮を全摘した者

## 3 受 診 回 数

受診回数は、同一人につき2年に1回とする。職場等で2年に1回の検診がある場合は、検診のない年に市の検診を受診することはできない。

## 4 実 施 期 間

実施期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

## 5 検 診 機 関

検診機関は、検診を行う旨を新潟市医師会長に新潟市各種施設検診実施医療機関申請書により申請した医療機関等（以下「委託医療機関」という。）とする。

## 6 受 診 方 法

受診者は、受診券及び健康保険証を持参し、委託医療機関で受診する。

委託医療機関は、受診券の整理番号を新潟市子宮頸がん検診個人記録票（以下、「個人記録票」という。）の整理番号の欄に必ず記載する。併せて、受診券に受診年月日と医療機関名を記載する。記載もれや受診歴を確認せず、受診者が重複受診した場合、支払いは行わない。

20歳以上39歳以下の者で、受診券を紛失した者及び奇数年齢の者が受診する場合は、委託医療機関が保健所に電話で対象者であるか確認し受診することができる。この場合において、個人記録票への整理番号の記載は不要とする。

## 7 検診に関する費用

(1) 検 診 料

ア 子宮頸がん検診 別に定める委託契約書のとおりとする。

イ 不適正標本（判定不能）の再検査料については，市長への請求及び保険請求しない。

ウ 双頸子宮の場合は，1件1検体のみの請求とする。

(2) 一部負担額

ア 20歳及び70歳以上 無料

イ 21～69歳 1,000円（新潟市国民健康保険加入者は500円とする。）

ただし，受診者が次に掲げる者で，証明書の提出のあった場合は徴収しない。

a 生活保護法による被保護者

b 市民税非課税世帯に属する者

c 65～69歳で後期高齢者医療制度に加入している者

(3) 一部負担額の納付

受診者が，直接，受診した委託医療機関に支払う。

## 8 検診方法

検診項目は，問診，視診，細胞診及び内診とする。検診の結果，要精密検査となった場合は，必ず精密検査を受けるように事前に説明する。

(1) 問診

問診は，個人記録票を用いて行う。

(2) 視診

陰鏡を用いて，分泌物の性状・量及び子宮腔部を観察する。

(3) 細胞診

ア 子宮頸腔部細胞診（子宮頸がん検診）

細胞診は，直接採取法により検体を採取し，液状化検体法により標本作成を行う。

自院実施の場合も液状化検体法とする。

採取部位，標本作成法，細胞採取器具を，個人記録票に記載する。

細胞診判定は，「ベセスダシステム2001準拠子宮頸部細胞診報告様式の実際」（以下「ベセスダシステム」という。）による分類を明記する。

標本の適否で，「不適正標本」の場合，その理由を明記し，「判定不能」とする。

ベセスダシステムは，別紙1「細胞診の実際」に示す細胞診断の項を参照。

標本は，2名以上の細胞検査士により検鏡判定することが望ましい。

陰性判定された標本は，一定の割合を細胞診専門医が検鏡のうえ診断する。

A S C - U S 若しくはA G C以上の判定又は必要と認められた標本は細胞診専門医が検鏡のうえ診断する。

イ 留意事項

a 委託医療機関は，新潟市医師会子宮頸がん検診検討委員会で精度管理体制が認められた検査機関（①新潟大学 ②新潟県保健衛生センター ③江東微生物研究所）のいずれかで細胞診検査を実施する。

ただし，自機関の検診のみ細胞診検査の実施を認められた6つの委託医療機関は除く。

【自機関の検診のみ細胞診検査を実施できる機関】

① 済生会新潟第二病院 ② 新潟臨港病院 ③ 木戸病院

④ 下越病院 ⑤ 新潟白根総合病院 ⑥ 厚生連新潟医療センター

b 新潟市医師会子宮頸がん検診検討委員会で認められた検査機関及び医療機関は，新潟市の別紙2「子宮頸がん細胞診検査委託機関の仕様書」に基づいて実施すること。

(4) 内 診

内診は、双合診を行うものとする。

## 9 指 導 区 分

指導区分は、「精検不要」, 「要精検 1」, 「要精検 2」, 「判定不能」とし、問診、視診、細胞診及び内診の結果を踏まえて総合的に判断する。

(1) 精検不要

子宮頸がん検診：子宮頸腔部細胞診がベセスダシステムで「N I L M」

(2) 要精検 1

子宮頸がん検診：子宮頸腔部細胞診で「A S C - U S」

(3) 要精検 2

以下のいずれかに該当した場合は、「要精検 2」とする

ア 子宮頸がん検診：子宮頸腔部細胞診で「A S C - H」, 「L S I L」, 「H S I L」, 「S C C」, 「A G C」, 「A I S」, 「Adenocarcinoma」, 「other malig.」

イ 視診、内診の結果、がん及びがんの疑いの場合

(4) 判定不能

子宮頸がん検診で、細胞診が「判定不能」の場合は、その理由を明記し、検診実施医療機関において早めに再検査を行う。再検査の結果は、速やかに新潟市医師会に検査用紙のコピーを付けて報告する。また、不適正例があった場合は、必ず原因を検討し対策を講じること。

(5) その他の医療を要する疾患

がん検診で「精検不要」「判定不能」とされた場合であっても、トリコモナス、カンジダ様真菌、放射線菌様細菌、ヘルペス等が認められる場合や、その他の非腫瘍性所見、炎症性変化等、臨床診断で「要医療」とされ、医療機関受診が必要と認められる場合は、対象者にその旨を通知する。

個人記録票の臨床診断の「その他」, 「コメント」, 「備考欄」の記載をする際は、日本語で記載する。

## 10 検診結果の通知

委託医療機関は、受診者が訪医の際、個人記録票©（子宮頸がん検診結果のお知らせ）を用いて、結果を通知する。

(1) 要精検 1

委託医療機関は、自院で①半年後の細胞診検査 ②H P V検査 ③コルポ診等いずれかを実施し、子宮頸がん検診精密検査依頼書兼結果通知書（以下「依頼書兼結果通知書」という。）に記入し、新潟市医師会に送付する。

他院に紹介する場合は、必ず依頼書兼結果通知書を持参させる。

個人記録票の「紹介先精密検査機関」に病院名を必ず記載する。

(2) 要精検 2

委託医療機関は、「子宮頸がん検診精密検査協力医療機関」を参考にして、精密検査を受診するように指導する。受診の際には、必ず依頼書兼結果通知書を持参させる。

(3) 判定不能

個人記録票©により通知し、再検査を受けるように指導する。再検査は年度内に実施し、結果を速やか

に新潟市医師会メジカルセンターに検査用紙のコピーを付けて報告する。

再検査の費用については、市長への請求及び保険請求はしない。

## 11 検診費用（市負担分）の請求と支払

委託医療機関は、検診の翌月15日までに、新潟市医師会長へ個人記録票及び子宮頸がん・乳がん検診集計表（以下「集計表」という。）を提出する。

新潟市医師会長は、各委託医療機関から提出された個人記録票及び集計表について点検を行ったうえ、検診の翌月末までに所定の請求書に全委託医療機関分の個人記録票及び集計表を添えて市長に提出する。

市長は、新潟市医師会長から請求を受けた場合において、請求書等を審査のうえ適当と認めるときは、速やかにその費用を支払う。

## 12 事後指導及び報告

(1) 委託医療機関は、個人記録票に基づき精密検査者を把握し、精密検査協力医療機関名簿を参考にし、精密検査を受診するよう指導し、その他必要な保健指導を行う。

個人記録票の紹介先精密検査機関名に紹介先を記載する。

(2) 精密検査医療機関は、精密検査受診者の確定診断の結果が判明しだい、速やかに新潟市医師会に依頼書兼結果通知書①②を送付する。

① 精検医療機関 → 新潟市医師会

② 精検医療機関 → 新潟市医師会 → 検診医療機関

③ 精検医療機関（控）

・精密検査結果（①②）は、新潟市医師会メジカルセンターが受理した後、②を検診医療機関に送付する。

・検診医療機関は、精密検査結果が戻らない場合には、受診者に精密検査を受けたかどうかの確認をする。

新潟市医師会は、精密検査結果を逐次、市長に報告する。

(3) 市長は、精密検査で「がん」又は「がんの疑い」と診断された者について、新潟市医師会に疫学調査を委託する。新潟市医師会は疫学調査の結果を速やかに市長に報告する。

## 13 委託契約の方法

委託医療機関については、新潟市医師会と新潟市が一括契約を行う。

## 14 精密検査の実施

(1) 精密検査は、保険診療とする。

(2) 子宮頸がん検診精密検査協力医療機関は別紙参照。

子宮頸がん検診精密検査協力医療機関は、以下の要件に沿った医療機関とする。

・産婦人科専門医がいる。

・コルポスコピー機器を有しコルポ診ができる。

・精密検査結果等の問合せに協力できる。

## 15 データ管理

新潟市保健所情報システムで管理する。

## 16 そ の 他

その他、新潟市子宮頸がん施設検診の実施にあたり必要な事項は別に定める。

### 附 則

(適用期日)

- 1 この要領は、昭和58年4月1日から適用する。  
(生活保護法による生活扶助を受けている世帯等に関する特例)
- 2 平成25年7月31日に生活保護法（昭和25年法律第144号）による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で「生活保護法（昭和25年法律第144号）第8条第1項の規定に基づき、生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）の一部を次のように改正し、平成25年8月1日から適用する。」（平成25年5月16日 厚生労働省告知第174号）により生活扶助を受ける者でなくなった者については、平成26年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。
- 3 平成26年3月31日において現に生活保護法による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成26年4月1日から平成27年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。
- 4 平成27年3月31日において現に生活保護法による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成27年4月1日から平成28年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。

### 附 則

- この要領は、昭和60年4月1日から適用する。  
この要領は、平成4年4月1日から適用する。  
この要領は、平成5年4月1日から適用する。  
この要領は、平成6年4月1日から適用する。  
この要領は、平成7年4月1日から適用する。  
この要領は、平成8年4月1日から適用する。  
この要領は、平成9年4月1日から適用する。  
この要領は、平成10年4月1日から適用する。  
この要領は、平成11年4月1日から適用する。  
この要領は、平成12年4月1日から適用する。  
この要領は、平成13年4月1日から適用する。  
この要領は、平成15年4月1日から適用する。  
この要領は、平成17年4月1日から適用する。  
この要領は、平成18年4月1日から適用する。  
この要領は、平成19年4月1日から適用する。  
この要領は、平成20年4月1日から適用する。

この要領は、平成21年4月1日から適用する。  
この要領は、平成22年4月1日から適用する。  
この要領は、平成23年4月1日から適用する。  
この要領は、平成24年4月1日から適用する。  
この要領は、平成25年4月1日から適用する。  
この要領は、平成25年8月1日から適用する。  
この要領は、平成26年4月1日から適用する。  
この要領は、平成27年4月1日から適用する。  
この要領は、平成28年4月1日から適用する。  
この要領は、平成29年4月1日から適用する。  
この要領は、平成30年4月1日から適用する。  
この要領は、平成31年4月1日から適用する。  
この要領は、令和2年4月1日から適用する。  
この要領は、令和4年4月1日から適用する。  
この要領は、令和5年4月1日から適用する。

## 細胞診の実際

### 子宮頸部

細胞診は、直接採取法により専用ブラシを用いて、検体を採取し液状化検体法で処理し、細胞診断はベセスダシステムにて判定する。

サーベックスブラシは、プラスチック性のブラシが山型に配列し、中心の最も長いブラシ部分を子宮入口部に挿入する。すその部分はびらん面に密着させて数回回転させて採取する。ブラシの先端は半月上にカットされており、回転させることにより粘膜から細胞が擦り取られる。採取量は非常に多く、先端の部分が軸から外れるため液状検体処理に適する。使用にあたりメーカーの示した仕様書を厳しく遵守する。

### 細胞診断

細胞診の判定は、資格を認定された細胞検査士がスクリーニングを行い、細胞診専門医が最終的に判定する。

細胞診断は、ベセスダシステムを参考に、ア 標本の種類、イ 検体の適否、ウ 細胞診判定の順に報告する。

### 特記事項

- (1) 推定病変が複数ある場合は、重要視する項目を1つ選択し、詳細についてはコメントで対応する。
- (2) 「扁平上皮がん疑い」はHSILに分類される。
- (3) 子宮全摘を行った受診者の場合、移行帯細胞の報告は不要。

表1 細胞診結果 その1：扁平上皮系

結 果	略 語	推定される 病理診断	従来の クラス分類	英語表記	運 用
1) 陰性	NILM	非腫瘍性所見, 炎症	I, II	Negative for intraepithelial lesion or malignancy	異常なし：定期検査
2) 意義不明な 異型扁平 上皮細胞	ASC-US	軽度扁平上皮 内病変疑い	III a	Atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US)	要精密検査： ①HPV検査による判定 が望ましい。 陰性：1年後に細胞診, HPV 併用検査 陽性：コルポ, 生検 ②HPV検査非施行 6カ月以内細胞診検査
3) HSILを除外 できない異型 扁平上皮細胞	ASC-H	高度扁平上皮 内病変疑い	III a-b	Atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H)	要精密検査： コルポ, 生検
4) 軽度扁平 上皮内病変	LSIL	HPV感染 軽度異形成	III a	Low grade squamous intraepithelial lesion	
5) 高度扁平 上皮内病変	HSIL	中等度異形成 高度異形成 上皮内癌	III a III b IV	High grade squamous intraepithelial lesion	
6) 扁平上皮癌	SCC	扁平上皮癌	V	Squamous cell carcinoma	

表2 細胞診結果 その2：腺細胞系

結 果	略 語	推定される 病理診断	従来の クラス分類	英語表記	取扱い
7) 異型腺細胞	AGC	腺異型または 腺癌疑い	III	Atypical glandular cells	要精密検査： コルポ, 生検, 頸管お よび内膜細胞診または 組織診
8) 上皮内腺癌	AIS	上皮内腺癌	IV	Adenocarcinoma in situ	
9) 腺癌	Adenocar- cinoma	腺癌	V	Adenocarcinoma	
10) その他の 悪性腫瘍	other malig.	その他の 悪性腫瘍	V	Other malignant neoplasms	要精密検査：病変検索



## 子宮頸がん細胞診検査委託機関の仕様書 (自院実施医療機関も含む)

### 1. 細胞診検査の委託機関の基準について

- ・新潟市内にある日本臨床細胞診学会の認定施設であること。
- ・日本細胞診学会の認定を受けた県内在住の細胞診専門医と細胞検査士が、連携して検査を行う。
- ・細胞診専門医は、常勤が望ましいがやむを得ない場合は、定期的に施設を訪れ細胞検査士との緊密なコミュニケーションをとりうる勤務体制であること。
- ・細胞検査士は、責任の所在を明確にするため常勤であることが望ましい。

### 2. 細胞診検査について

- ・医療機関からの検体の回収は、1～2回/週とする。検査料金は、各検査機関から検診実施機関に請求すること。
- ・陽性例・疑陽性例判定報告(ASC-US以上)に関しては、細胞診専門医が必ずチェックし、細胞検査士のみ署名では報告しない。
- ・陰性判定された標本は、一定の割合を細胞診専門医が検鏡のうえ診断する。
- ・細胞診結果の分類は、ベセスダシステム2001を用いる。不適正標本には、理由を明記する。
- ・細胞診の結果は、速やかに検査を依頼した検診機関に報告する。特に、年度末の3月検査分については、依頼した検診機関が、新潟市への請求日(4月15日)に間に合うように結果を報告する。

### 3. 記録・標本の保存について

- ・標本は、5年間保存する。
- ・記録・検診結果は、5年間保存する。
- ・細胞診結果報告の管理については、電子媒体で管理する。

### 4. 精度管理について

- ・次年度12月までに、ベセスダシステムで要精検者(ASC-US以上)の名簿(氏名、生年月日、受診日、医療機関名、ベセスダ判定)を作成し、電子媒体でパスワードをつけ、ウイルスチェック後に新潟市に持参する。新潟市は、精検結果を入れて細胞診検査委託機関に返す。ただし、データでの提出が難しい場合は、紙媒体での提出も可とする。  
再診でのがん発見例については、細胞診検査委託機関が過去の細胞所見の見直しを行う。また、がんの発見がない場合でも見直す体制を有すること。
- ・細胞診結果と精検の不一致の妥当性の検討。  
検討結果について、妥当性があると判断した場合は、その判断に至った経過や根拠、推測される原因を記録し、子宮頸がん検診検討委員会に報告する。
- ・細胞診陰性と判断された場合は、その10%以上について再スクリーニングを行い、市長や新潟市医師会から再スクリーニング施行率を求められた場合は報告する。
- ・委員会で症例検討会を実施した場合には、参加することが望ましい。

検診は新潟市に住民票がある人が対象であり、ない場合は実費請求することがあります。

※受診券に記載の年齢（年度年齢）をご記入ください。

① 検診医療機関↓市医師会（請求用）

新潟市子宮頸がん検診個人記録票		整理番号	□□□□□□□□□□□□																		
受診年月日		年	月	日																	
住所	〒新潟市 区	一部負担金	<input type="checkbox"/> 1. 一部負担あり 新潟市国保 <input type="checkbox"/> 2. 一部負担あり 市国保以外		<input type="checkbox"/> 3. 一部負担なし 70歳以上 <input type="checkbox"/> 4. 一部負担なし 70歳未満																
電話	□□□□□□□□□□□□										フリガナ										
氏名	大正・昭和・平成・西暦(*) 歳										検査歴	過去3年間に検診を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない									
医療機関コード	□□□□□□□□																				
医療機関名・医師名																					

新潟市における今後のがん検診の精度向上に役立てるため、あなた様のがん検診の結果（精密検査結果を含む）について、新潟市・検診機関・新潟市医師会・新潟県健康づくり財団・精密検査実施機関・新潟県がん登録室で調査、分析などに利用すること及び情報を収集することについてご承知の上受診願います。なお、個人情報の管理には個人情報の保護に関する法律、医療関係法令、各種ガイドライン等を遵守し、厳重に注意を払い、上記以外に利用することはありません。

<p>（問診事項）</p> <p>1. 1) 今までに産婦人科の手術を受けたことがありますか。(該当するものに○をつけてください)                  ① 帝王切開 ② 子宮筋腫 ③ 卵巣のう腫 ④ 子宮頸部手術 ⑤ その他 ( )                  2) 手術の際、子宮を摘出しましたか。 ① した ② していない ③ 不明</p> <p>2. 該当するものに○をつけてください。                  1) 受胎調整リングを使用したことがありますか。 ① ない ② ある ③ 不明                  2) 不正出血 ① ない ② ある ③ 不明                  3) おりもの ① ない ② ある ③ 不明</p> <p>3. 月経について記載してください。①月経がない・閉経 ( 歳) ②月経がある・最終月経( 月 日～ 月 日)</p> <p>4. 現在、妊娠していますか。① 妊娠していない ② 妊娠している ( 週)</p> <p>5. お産について記載してください。① 妊娠回数 回 (出産 回、うち帝王切開 回) ② 最終の妊娠 歳</p> <p>6. 現在、女性ホルモン剤を使用していますか。 ① ない ② ある</p> <p>7. 子宮頸がん予防 (HPV) ワクチンの接種をしましたか。 ① ない ② ある ( 歳)</p> <p>8. たばこを吸いますか。 ① 吸わない ② やめた ( 歳) ③ 吸う (1日約 本)</p>												
内 (視) 診	 <p>採取部位：子宮頸腔部</p>	膣：正常・異常あり ( ) 子宮腔部：正常・異常あり ( ) 子宮：正常・異常あり ( ) 付属器：正常・異常あり ( ) 膣分泌物：正常・異常あり ( )	臨床診断 1 所見なし 2 がん(疑い) 3 ポリープ 4 子宮腫瘍 5 付属器腫瘍 6 膣炎 7 外陰炎 8 骨盤臓器脱(下垂) 9 その他 ( )	要医療は……○ 経過観察は……△ コメント								
		子宮頸部スミアNo.										
標本作製法	液状法	採取器具	1. ブラシ 2. ヘラ 3. その他( )									
標本の適否	1. <input type="checkbox"/> 適正 2. <input type="checkbox"/> 不適正 理由： 1. <input type="checkbox"/> NILM(陰性) 2. <input type="checkbox"/> ASC-US 3. <input type="checkbox"/> ASC-H 4. <input type="checkbox"/> LSIL(軽度異形成) 5. <input type="checkbox"/> HSIL(中等度・高度・上皮内癌) 該当するものに○をつける 6. <input type="checkbox"/> SCC(扁平上皮癌) 7. <input type="checkbox"/> AGC(腺異型・腺癌疑い) 8. <input type="checkbox"/> AIS(上皮内腺癌) 9. <input type="checkbox"/> 腺癌 10. <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍( ) 11. <input type="checkbox"/> 判定不能		判定不能の場合その理由を記入									
判定 (推定病変)	扁平	報告年月日		備考欄								
	腺	細胞診判定責任者名										
その他	スクリーナー名		検査機関名									
細胞所見等	指導区分		1. <input type="checkbox"/> 精検不要 2. <input type="checkbox"/> 要精検(1) 3. <input type="checkbox"/> 要精検(2) 4. <input type="checkbox"/> 判定不能									
紹介先精密検査機関		病・医院										

新潟市子宮頸がん検診個人記録票												
受診年月日		□□		年		□□		月		□□		日
住 所	〒新潟市 区											
電 話	□□□□□□□□□□□□											
フリガナ					生年月日		大正・昭和・平成・西暦( 歳)		検診歴		過去3年間に検診を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
氏 名					年 月 日							
医療機関コード	□□□□□□□□											
医療機関名・医師名												

## 子宮頸がん検診結果のお知らせ

年 月 日に実施しました、子宮頸がん検診の結果は、下記のとおりでしたので、お知らせいたします。

(○印でかこんだところをお読みください。)

記

### 【細胞診及び視診の結果】

1. 今回の検診では、異常所見が認められませんでした。

しかし、今後なんらかの異常を感じた場合には、早めに医師の診察を受けてください。

2. 精密検査を受けてください。

しかし、これが病気であるかどうかは、精密検査を行わなければわかりません。  
精密検査依頼書を持って必ず精密検査を受けてください。

3. 下記の所見がありましたので、医療機関で (①経過観察 ②要治療) が必要です。(該当する番号に☑をつける)

- |          |             |
|----------|-------------|
| 1. ポリープ  | 5. 外陰炎      |
| 2. 子宮腫瘍  | 6. 骨盤臓器脱・下垂 |
| 3. 付属器腫瘍 | 7. その他 ( )  |
| 4. 膣炎    |             |

4. 再検査を受けてください。

検診を受けた医療機関でもう一度検査を受けてください。

# 子宮頸がん検診精密検査依頼書兼結果通知書

年 月 日  
新潟市長

病院御中

依頼医療機関・医師名

④ 精検医療機関 ↓ 新潟市医師会

本書持参の方は、子宮頸がん検診の結果、精密検査が必要と指示いたしました。ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診くださるようお願い申し上げます。

フリガナ		生年	年	月	日生
患者名		月日			( 歳)
住所	新潟市 区				

【1次検診受診日 年 月 日】

・子宮頸部 扁平上皮系 ① NILM ② ASC-US ③ ASC-H ④ LSIL  
⑤ HSIL (中等度・高度・上皮内がん) ⑥ SCC  
腺 系 ⑦ AGC ⑧ AIS ⑨ 腺癌 ⑩ その他の悪性腫瘍 ( )

検査結果を下記の欄にご記入の上、お手数でもこの結果通知書を市医師会へお送りくださいますよう併せてお願い申し上げます。(該当するものに○をつけてください)

【2次精検受診日 年 月 日】

1. 検査術式 (該当するものに○をつけてください)

1 細胞診	未実施・判定 ( )	2 HPV 検査	陰性	陽性
3 コルポ診	異常あり	異常なし	UCF (不可視)	4 組織診 (未実施・実施)

2. 診断名 (該当するものに○をつけてください)

①異常なし	扁平上皮系				腺細胞系		⑪その他の組織型の頸がん	⑫子宮頸がん疑い	⑬未確定 ※1	⑭子宮体がん ※2	⑮その他 ※3
	LSIL	HSIL		扁平上皮がん		腺がん					
	② CIN1	③ CIN2	④ CIN3	⑤ CIN3とCIN2の区別ができないもの	⑥ IA期	⑦ 浸潤がん	⑧ 上皮内腺がん (AIS)	⑨ IA期	⑩ 浸潤がん		

※1 コルポ診未受診の者、またはコルポ・組織診にて異常を認めないが精密検査として同時に実施した細胞診にて異常が検出された者(例: 検診の細胞診の結果がASC-USで、精密検査としてHPV検査や細胞診のみ実施しており、コルポ未実施の者)は、⑬未確定に記載してください。

※2 ⑭子宮体がんは、疑いを含む。

※3 転移性のがんは、⑮その他に記載してください。

3. 指示事項 (該当するものに○をつけてください)

- 1) 経過観察が必要  1ヵ月後  3ヵ月後  6ヵ月後  1年後再検
- 2) 治療が必要  自院で治療(治療開始日: 年 月 日)  手術  放射線治療など  
 他の医療機関への受診を指示  
紹介先医療機関名: \_\_\_\_\_ 病・医院 \_\_\_\_\_

3) その他参考事項 ( )

【報告日】 年 月 日 医療機関名 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_

新潟市医師会メジカルセンター  
〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号 電話 025-240-4134

医院・診療所→ 病院  
 ・新潟市子宮頸がん検診（ 年 月 日） No. \_\_\_\_\_

### 子宮頸がん治療手術結果票

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日生 ( 歳)
住所	新潟市 区

病院患者番号 \_\_\_\_\_

治療開始日	年 月 日
治療内容	①なし ②手術 ③放治 ④化療 ⑤手術+放治 ⑥手術+化療 ⑦手術+放治+化療 ⑧放治+化療 ⑨その他 ( ) ⑩不明
手術年月日	年 月 日
手術術式	①円錐切除 ②単純全摘 ③準広汎全摘 ④広汎全摘 ⑤広汎頸部摘出 ⑥超広汎全摘 ⑦その他 ( ) ⑧不明
原発部位	①頸部 ②体部(→下欄に詳細を記入) ③その他( ) ④不明
組織診断	術前診断 ①異常なし ②LSIL/CIN1 ③HSIL/CIN2 ④HSIL/CIN3 ⑤上皮内腺癌 ⑥IA期 ⑦浸潤癌 ⑧その他 ( ) ⑨不明
	最終診断 ①異常なし ②LSIL/CIN1 ③HSIL/CIN2 ④HSIL/CIN3 ⑤上皮内腺癌 ⑥IA期 ⑦浸潤癌 ⑧その他 ( ) ⑨不明
FIGO分類	①IA1期 ②IA2期 ③IB1期 ④IB2期 ⑤IIA1期 ⑥IIA2期 ⑦IIB期 ⑧IIIA期 ⑨IIIB期 ⑩IVA期 ⑪IVB期 ⑫不明
組織型	①扁平上皮癌 ②腺癌 ③腺扁平上皮癌 ④神経内分泌腫瘍 ⑤その他( ) ⑥不明

【体がん】

FIGO分類	①IA期 ②IB期 ③II期 ④IIIA期 ⑤IIIB期 ⑥IIIC1期 ⑦IIIC2期 ⑧IVA期 ⑨IVB期 ⑩不明
組織型	①類内膜腺癌 ②漿液性腺癌 ③明細胞腺癌 ④癌肉腫 ⑤その他( ) ⑥不明

医療機関名(医師名)	
備考	

新潟市医師会子宮頸がん検診検討委員会  
 新潟市医師会メジカルセンター

TEL 025-240-4134 FAX 025-247-8836