

香川県子宮頸がん検診の精度管理のための技術的指針の改正について

1 「香川県がん検診の精度管理のための技術的指針」の概要

本指針は県が、市町において国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「国指針」という。）に基づいた科学的に効果の明らかな方法でがん検診が実施され、その精度向上を図ることを目的に、平成22年3月31日付けで策定したもの。

本指針の改正に当たっては、香川県がん対策推進協議会の各部会において協議している。

2 本指針改正案の主な内容（新旧対照表は別紙1参照。改正後全文は別紙2参照。）

○「第6 検診方法等」（新旧対照表1ページ）

- ・問診の項目に「性交経験の有無」を加える。

（理由）国立がん研究センター（以下「国がん」という。）が示す「事業評価のためのチェックリスト」及び「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の令和6年3月一部改定により、本項目を聴取することが求められているため。

○「（様式1号）子宮頸がん検診問診票」（新旧対照表2ページ）

- ・「結婚歴」を削り、「性交経験」を加える。

（理由）「結婚歴」については、国指針並びに国がんが示す「事業評価のためのチェックリスト」及び「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」においても聴取することは求められていないため。

○「（様式4号）子宮頸がん検診結果通知書」（新旧対照表3ページ）

- ・「健康保険証」を「マイナ保険証または資格確認書」に改める。
- ・国がんが示す「子宮頸がん検診結果通知書」を参考に、指導区分及び文言を改める。

○「（様式5号）胸部精密検査依頼書 兼 結果報告書」（新旧対照表4～6ページ）

- ・国がんが示す「子宮頸がん精密検査依頼書兼結果報告書」を参考に、精密検査の最終診断の区分を改める。

→CIN1、CIN2、CIN3 及び AIS（上皮内腺がん）を「上皮内病変」に区分。

腺異形成を「子宮頸がん、AIS 及び CIN 以外の子宮頸部の疾患」に区分。

3 HPV 検査単独法について

国指針の令和6年2月14日一部改正（別添1ページ）により、子宮頸がん検診の方法に「HPV 検査単独法」が追加されたことを踏まえ、所要の検討を行うもの。

(1) HPV 検査単独法に関する本県としての方針

【事務局案】

国がんが作成した「有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン2019年度版」において、細胞診単独法及びHPV検査単独法は、同等の推奨グレードであり、ともに「実施を推奨」とされている。このため、現時点では、県としても細胞診単独法又はHPV検査単独法のいずれか一方を特に推奨するものではないが、HPV検査単独法を導入したい市町があれば、市町の現状等を調査しながら、県として必要な支援を検討する。

(2) HPV 検査単独法に関する記載を本指針に盛り込むことの要否等について

【事務局案】

○ HPV 検査単独法について、現段階では、本指針に盛り込まない。

今後、国の動向や導入自治体における運用状況や課題等を注視しつつ、県内で導入予定時期が確定した市町が出てきた際に、本指針の改正を検討する。

(理由)

現在、全国的にも一部自治体で試験的に事業が実施され、国が導入自治体において精度管理が適切に行われるかを評価している段階であり、導入時における課題等が不明であること、また、県内では令和8年度から導入予定の市町は承知していないことから、拙速に指針を定める必要性が少ないため。

○ 現段階では、市町に対し以下の旨を記載した通知文（次頁参照）を发出する。

① 上述の「(1) HPV 検査単独法に関する本県としての方針」について。

② HPV 検査単独法については、HPV 陽性者に対する長期の追跡を含む精度管理体制の構築が前提であり、遵守できない場合は効果が細胞診単独法を下回る可能性があることを踏まえ、導入に当たっては、国指針に定められた要件を満たした上で実施可能かどうか、十分に検討を行うこと。

③ 活用すべきマニュアルが、HPV 検査単独法の導入初期における暫定的なマニュアルであることに留意すること。

4 その他（5がん共通）

国指針の令和7年7月1日一部改正（別添15ページ）により、職域等がん検診（市町が健康増進事業として実施するがん検診以外のがん検診）の受診状況（「職域等がん検診情報」）を把握することが市町の努力義務となった（令和8年4月1日から適用）。

しかしながら、現状は実施に当たっての課題が多く、市町の負担が大きいことから、県としては、引き続き国の動向を注視していきたいと考えるため、県指針には盛り込まないこととしたい。

各市町がん対策主管課長 殿

香川県健康福祉部健康政策課長

HPV 検査単独法による子宮頸がん検診の導入について

日頃から本県のがん対策の推進に格別の御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、県内各市町における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診の導入について、令和 8 年 2 月に開催した香川県がん対策推進協議会子宮がん部会において協議した内容を踏まえ、下記のとおり通知します。

記

国立がん研究センターが作成した「有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン 2019 年度版」（以下「ガイドライン」という。）において、細胞診単独法及び HPV 検査単独法は、同等の推奨グレードであり、ともに「実施を推奨」とされています。このため、現時点では、県といたしましても細胞診単独法又は HPV 検査単独法のいずれか一方を特に推奨するものではありません。

なお、HPV 検査単独法による子宮頸がん検診については、ガイドラインにおいて、「HPV 陽性者に対する長期の追跡を含む精度管理体制の構築が前提であり、遵守できない場合は効果が細胞診単独法を下回る可能性がある」と記載されています。つきましては、HPV 検査単独法を導入される場合は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成 20 年 3 月 31 日付け健発第 0331058 号厚生労働省健康局長通知別添）に定められた要件を満たした上で実施可能かどうか、十分に御検討くださいますようお願いいたします。

また、日本産科婦人科学会及び日本婦人科がん検診学会による「対策型検診における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル」につきましては、「HPV 検査単独法による検診プログラムは、実際に運用された際に適切に実施されているかを確認することが必要であり、実施主体における運用上の課題を抽出して対応策を検討する取り組みが重要である。本マニュアルは、上記課題の抽出および対応策の検討を通じて、修正等を加えることで最終的なマニュアルに仕上げる予定としている。したがって、本マニュアルは HPV 検査単独法による子宮頸がん検診の導入初期における暫定的なマニュアルであることをご理解いただいた上での活用をお願いする」とされていることに御留意ください。

新旧対照表

別紙1

香川県子宮頸がん検診の精度管理のための技術的指針

新	旧
<p>第1～第5 略</p> <p>第6 検診方法等 検診項目は、問診、視診、子宮頸部の細胞診とする。必要に応じて内診、 コルポスコープ検査を行う。</p> <p>1 問診 問診に当たっては、不正性器出血等の現在の症状、月経及び分娩・妊 娠等に関する事項、<u>性交経験の有無</u>、子宮頸部病変の既往歴、過去の検 診の受診状況等を聴取する。</p> <p>2～6 略</p> <p>第7～第12 略</p> <p>(別紙1) 略</p>	<p>第1～第5 略</p> <p>第6 検診方法等 検診項目は、問診、視診、子宮頸部の細胞診とする。必要に応じて内診、 コルポスコープ検査を行う。</p> <p>1 問診 問診に当たっては、不正性器出血等の現在の症状、月経及び分娩・妊 娠等に関する事項、子宮頸部病変の既往歴、過去の検診の受診状況等を 聴取する。</p> <p>2～6 略</p> <p>第7～第12 略</p> <p>(別紙1) 略</p>

新

(様式1号) 子宮頸がん検診問診票

(様式1号)

子宮頸がん検診問診票
市町名

検診日	年 月 日	検体番号					
ふりがな	住所						
氏名	住所						
電話番号 () -	生年月日	年	月	日 (歳)			

※ あてはまるものを○で囲み、()に必要事項を記入してください。

1 これまでに子宮頸がん検診を受けたことがありますか
 (1) 今回のはじめて
 (2) 昨年受診あり
 (3) 過去3年以内に受診あり
 (4) 過去3年以内に受診なし
 } 前回の検診結果は
 a 異常あり (結果)
 b 異常なし

2 子宮の手術や病気がありますか
 (1) あり (病名) (2) なし
 ↳ a 現在治療中 b (年 月)頃に治療終了

3 性交経験
 (1) あり (2) なし

4 妊娠・出産歴
 (1) あり (2) なし
 a 妊娠回数 (回) { 生産 回
 死産 回
 流産 回(人工 回、自然 回)
 b 最終の出産・流産はいつですか (歳)
 c 帝王切開はありますか (年 月 月 年 月)
 d 現在 ① 妊娠(ヶ月) ② 産後(ヶ月) ③ 授乳中

5 月経歴
 (1) あり (2) なし(閉経 歳)
 (最近の月経 月 日 ~ 月 日)
 (1)の場合、月経間隔は
 a 順調 b 不順

6 過去6か月以内に気になる出血(不正性器出血)はありますか
 (1) あり (2) なし
 ↳ (1)の場合
 a 閉経後出血 b 過少月経 c 過多月経
 d 過長月経 e 不規則出血 f 一時的な不正出血
 g 褐色帯下 h その他()

旧

(様式1号) 子宮頸がん検診問診票

(様式1号)

子宮頸がん検診問診票
市町名

検診日	年 月 日	検体番号					
ふりがな	住所						
氏名	住所						
電話番号 () -	生年月日	年	月	日 (歳)			

※ あてはまるものを○で囲み、()に必要事項を記入してください。

1 これまでに子宮頸がん検診を受けたことがありますか
 (1) 今回のはじめて
 (2) 昨年受診あり
 (3) 過去3年以内に受診あり
 (4) 過去3年以内に受診なし
 } 前回の検診結果は
 a 異常あり (結果)
 b 異常なし

2 子宮の手術や病気がありますか
 (1) あり (病名) (2) なし
 ↳ a 現在治療中 b (年 月)頃に治療終了

3 結婚歴
 (1) あり (結婚年齢 歳) (2) なし

4 妊娠・出産歴
 (1) あり (2) なし
 a 妊娠回数 (回) { 生産 回
 死産 回
 流産 回(人工 回、自然 回)
 b 最終の出産・流産はいつですか (歳)
 c 帝王切開はありますか (年 月 月 年 月)
 d 現在 ① 妊娠(ヶ月) ② 産後(ヶ月) ③ 授乳中

5 月経歴
 (1) あり (2) なし(閉経 歳)
 (最近の月経 月 日 ~ 月 日)
 (1)の場合、月経間隔は
 a 順調 b 不順

6 過去6か月以内に気になる出血(不正性器出血)はありますか
 (1) あり (2) なし
 ↳ (1)の場合
 a 閉経後出血 b 過少月経 c 過多月経
 d 過長月経 e 不規則出血 f 一時的な不正出血
 g 褐色帯下 h その他()

新

(様式2号)・(様式3号) 略

(様式4号) 子宮頸がん検診結果通知書

(様式4号)

子宮頸がん検診結果通知書

様

○印があなたの検診結果です。

1 精密検査不要 … 今回の子宮頸がん検診の結果、異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。

ただし、細胞診検査ですべての子宮頸がんを発見することはできません。
今回の検査で異常が無くても、不正出血などの自覚症状があった場合は、早い時期に婦人科専門の医療機関を受診されるようお勧めします。
また、症状が無くても2年に1度は必ず検診を受けましょう。

2 要精密検査 … 今回の子宮頸がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。

子宮頸がん検診により異常を認めます。
自覚症状がない場合もありますので、検診を受けた医療機関の医師の指示に従い、できるだけ早く婦人科専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。

<精密検査の際には、以下のものを必ず持参してください。>

- ・子宮頸部精密検査依頼書
- ・マイナ保険証または資格確認書

年 月 日

検診機関名 _____

担当医師 _____

旧

(様式2号)・(様式3号) 略

(様式4号) 子宮頸がん検診結果通知書

(様式4号)

子宮頸がん検診結果通知書

様

○印があなたの検診結果です。

子宮頸がん検診

1 今回の子宮頸がん検診では、異常を認めませんでした。

これからも2年に1回は検診を受けられるようお勧めします。また、不正性器出血などの自覚症状があるときは、早い時期に医療機関を受診されるようお勧めします。

2 今回の検診の結果、「精密検査」が必要です。

検診を受けた医療機関の医師の指示に従い、「子宮頸部精密検査依頼書」を御持参になり、最寄りの婦人科専門医療機関を受診してください。
なお、健康保険証は必ず持参してください。

3 内診所見で異常が認められました。最寄りの婦人科専門医療機関を受診してください。

なお、健康保険証は必ず持参してください。

年 月 日

検診機関名 _____

担当医師 _____

新

(様式5-1号) 子宮頸部精密検査依頼書

(様式5-1号) 3枚複写 (様式5号)

子宮頸部精密検査依頼書

① 子宮頸部精密検査実施医療機関保存用
子宮頸部精密検査実施医療機関 殿 市町名 _____

下記の方は子宮頸がん検診の結果、精密検査を要するのようでした。なお、御高齢の上、該当項目を記入し、結果報告書2部(②、③)を一次検診機関又は市町に御回答ください。

氏名		住所 () -	
生年月日 年 月 日 (年齢 歳)		検査日 年 月 日	
検査機関名		検査場所	
検査機関住所		検査場所	
電話番号		担当医師	

子宮頸部細胞診判定

検査結果 (1) コルポスコプ所見 a. NCF(正常) b. ACF(異常) c. IC(浸潤癌) d. UCF(不適例) e. MF(その他の非癌所見)	びらん <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 萎縮 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
--	---

(2) HPV検査
陰性 陽性(タイプ:) 実施なし

(3) 細胞診検査
あり: 年 月 日 なし: 来院なし その他()

・標本の適否 <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正 <input type="checkbox"/> 微生物 <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見()	・扁平上皮系異常 <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SCC	・腺系異常 <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> 腺がん(Adeno Ca.) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍()
--	---	--

(4) 組織検査
あり: 年 月 日 生検 円錐切除 摘出子宮 その他()
なし: 来院なし 組織とれず その他()

最終診断

(1) 異常なし
 (2) 原発性の子宮頸がん: 扁平上皮癌(ⅠA期 ⅠB期以上) 腺癌(ⅠA期 ⅠB期以上) その他()
 (3) 上皮内癌: AIS(上皮内腺がん) CIN3(高度異形成・上皮内癌) CIN2(中等度異形成) CIN1(軽度異形成)
 (4) 子宮頸がん、AIS及びCIN以外の子宮頸部の疾患()
(例: 一次検診がASC-USで、精密検査としてHPV検査または細胞診のみ実施し、コルポ・組織診が未実施の場合)
 (5) 子宮頸がん、子宮体がんの直検浸潤、腺癌形成、尖形コンジローマ等
(転移性の子宮頸がん、子宮体がんの直検浸潤、腺癌形成、尖形コンジローマ等)
 (6) 子宮頸部以外の疾患() 子宮頸がんの精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの
 (7) 未受診 ・重篤な偶発症の確認 なし あり()
 (8) 未把握 ・偶発症による死亡 なし あり()

診断後の処置(今後の方針)

(1) <input type="checkbox"/> 要手術 (2) <input type="checkbox"/> 入院治療 (3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (4) <input type="checkbox"/> 経過観察(ヵ月後予定) (5) <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名) (6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし	精密検査実施医療機関 () - 担当医師名 _____ 記載日 年 月 日
---	--

旧

(様式5-1号) 子宮頸部精密検査依頼書

(様式5-1号) 3枚複写 (様式5号)

子宮頸部精密検査依頼書

① 子宮頸部精密検査実施医療機関保存用
子宮頸部精密検査実施医療機関 殿 市町名 _____

下記の方は子宮頸がん検診の結果、精密検査を要するのようでした。なお、御高齢の上、該当項目を記入し、結果報告書2部(②、③)を一次検診機関又は市町に御回答ください。

氏名		住所 () -	
生年月日 年 月 日 (年齢 歳)		検査日 年 月 日	
検査機関名		検査場所	
検査機関住所		検査場所	
電話番号		担当医師	

子宮頸部細胞診判定

検査結果 (1) コルポスコプ所見 a. NCF(正常) b. ACF(異常) c. IC(浸潤癌) d. UCF(不適例) e. MF(その他の非癌所見)	びらん <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 萎縮 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
--	---

(2) HPV検査
陰性 陽性(タイプ:) 実施なし

(3) 細胞診検査
あり: 年 月 日 なし: 来院なし その他()

・標本の適否 <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正 <input type="checkbox"/> 微生物 <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見()	・扁平上皮系異常 <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SCC	・腺系異常 <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> 腺がん(Adeno Ca.) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍()
--	---	--

(4) 組織検査
あり: 年 月 日 生検 円錐切除 摘出子宮 その他()
なし: 来院なし 組織とれず その他()

最終診断

(1) 異常なし: a. 異常なし b. 良性病変のみ
 (2) 異形成: a. CIN1(軽度異形成) b. CIN2(中等度異形成) c. CIN3(高度異形成・上皮内癌) d. 腺癌形成
 (3) 悪性腫瘍: a. 上皮内癌 b. 扁平上皮癌(ⅠA期) c. 扁平上皮癌(ⅠB期以上) d. 上皮内腺癌 e. 腺癌(ⅠA期) f. 腺癌(ⅠB期以上) g. その他の原発性上皮性腫瘍() h. その他の原発性腫瘍() i. 続発性腫瘍()
 (4) コルポスコピーや細胞診で所見があり、組織診で所見がない場合:
 (5) 未受診: 子宮頸がんの精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの
 (6) 未把握: ・重篤な偶発症の確認 なし あり()
 ・偶発症による死亡 なし あり()

診断後の処置(今後の方針)

(1) <input type="checkbox"/> 要手術 (2) <input type="checkbox"/> 入院治療 (3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (4) <input type="checkbox"/> 経過観察(ヵ月後予定) (5) <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名) (6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし	精密検査実施医療機関 () - 担当医師名 _____ 記載日 年 月 日
---	--

新

(様式5-2号) 子宮頸部精密検査結果報告書 (検診実施機関用)

(様式5-2号)

子宮頸部精密検査結果報告書 (検診実施機関用)

② 子宮頸がん一次検診実施機関保存用


市町名 _____

要精検者の精密検査の結果を下記のとおり通知します。

氏名	住所	()	-
生年月日	年	月	日 (年齢 歳)

精密検査(精密検査実施医療機関記載欄)

検査結果

(1) コルポスコプ所見  びらん あり なし
 a. NCF(正常) b. ACF(異常) c. IC(浸潤癌) 萎縮 あり なし
 d. UCF(不適例) e. MF(その他の非癌所見)

(2) HPV検査 陰性 陽性(タイプ: _____) 実施なし

(3) 細胞診検査

<input type="checkbox"/> あり: _____年 月 日 <input type="checkbox"/> なし: <input type="checkbox"/> 来院なし <input type="checkbox"/> その他(_____)	<input type="checkbox"/> 扁平上皮系異常	<input type="checkbox"/> 腺系異常
・標本の適否	<input type="checkbox"/> ASC-US	<input type="checkbox"/> AGC
<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正	<input type="checkbox"/> ASC-H	<input type="checkbox"/> AIS
・陰性(NILM)	<input type="checkbox"/> LSIL	<input type="checkbox"/> 腺がん(Adeno Ca.)
<input type="checkbox"/> 微生物	<input type="checkbox"/> HSIL	
<input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見	<input type="checkbox"/> SCC	<input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍(_____)

(4) 組織検査

あり: _____年 月 日 生検 円錐切除 摘出子宮 その他(_____)

なし: 来院なし 組織とれず その他(_____)

最終診断

(1) 異常なし

(2) 原発性の子宮頸がん: 扁平上皮癌(IA期 IB期以上)
腺癌(IA期 IB期以上) その他(_____)

(3) 上皮内癌: AIS(上皮内腺がん) CIN3(高度異形成・上皮内癌) CIN2(中等度異形成) CIN1(軽度異形成)

(4) 子宮頸がんの疑いまたは未確定
 (例: 一次検診がASC-USで、精密検査としてHPV検査または細胞診のみ実施し、コルポ・組織診が未実施の場合)

(5) 子宮頸がん、AIS及びCIN以外の子宮頸部の疾患(_____)
 (転移性の子宮頸がん、子宮体がんの直接浸潤、腺系形成、尖非コンジローマ等)

(6) 子宮頸部以外の疾患(_____)

(7) 未受診

(8) 未把握

診断後の処置(今後の方針)

(1) <input type="checkbox"/> 要手術 (2) <input type="checkbox"/> 入院治療	精密検査実施医療機関 () -
(3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (4) <input type="checkbox"/> 経過観察(_____ ヵ月後予定)	
(5) <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名 _____)	担当医師名 _____
(6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし	記載日 _____年 月 日

旧

(様式5-2号) 子宮頸部精密検査結果報告書 (検診実施機関用)

(様式5-2号)

子宮頸部精密検査結果報告書 (検診実施機関用)

② 子宮頸がん一次検診実施機関保存用


市町名 _____

要精検者の精密検査の結果を下記のとおり通知します。

氏名	住所	()	-
生年月日	年	月	日 (年齢 歳)

精密検査(精密検査実施医療機関記載欄)

検査結果

(1) コルポスコプ所見  びらん あり なし
 a. NCF(正常) b. ACF(異常) c. IC(浸潤癌) 萎縮 あり なし
 d. UCF(不適例) e. MF(その他の非癌所見)

(2) HPV検査 陰性 陽性(タイプ: _____) 実施なし

(3) 細胞診検査

<input type="checkbox"/> あり: _____年 月 日 <input type="checkbox"/> なし: <input type="checkbox"/> 来院なし <input type="checkbox"/> その他(_____)	<input type="checkbox"/> 扁平上皮系異常	<input type="checkbox"/> 腺系異常
・標本の適否	<input type="checkbox"/> ASC-US	<input type="checkbox"/> AGC
<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正	<input type="checkbox"/> ASC-H	<input type="checkbox"/> AIS
・陰性(NILM)	<input type="checkbox"/> LSIL	<input type="checkbox"/> 腺がん(Adeno Ca.)
<input type="checkbox"/> 微生物	<input type="checkbox"/> HSIL	
<input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見	<input type="checkbox"/> SCC	<input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍(_____)

(4) 組織検査

あり: _____年 月 日 生検 円錐切除 摘出子宮 その他(_____)

なし: 来院なし 組織とれず その他(_____)

最終診断

(1) 異常なし: a. 異常なし b. 良性病変のみ

(2) 異形成: a. CIN1(軽度異形成) b. CIN2(中等度異形成) c. CIN3(高度異形成・上皮内癌) d. 腺系形成

(3) 悪性腫瘍: a. 上皮内癌 b. 扁平上皮癌(IA期) c. 扁平上皮癌(IB期以上)
d. 上皮内腺癌 e. 腺癌(IA期) f. 腺癌(IB期以上)
g. その他の原発性上皮性腫瘍(_____)
h. その他の原発性腫瘍(_____)
i. 転移性腫瘍(_____)

(4) コルポスコピーや細胞診で所見があり、組織診で所見がない場合:

(5) 未受診:

(6) 未把握:

診断後の処置(今後の方針)

(1) <input type="checkbox"/> 要手術 (2) <input type="checkbox"/> 入院治療	精密検査実施医療機関 () -
(3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (4) <input type="checkbox"/> 経過観察(_____ ヵ月後予定)	
(5) <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名 _____)	担当医師名 _____
(6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし	記載日 _____年 月 日

新

(様式5-3号) 子宮頸部精密検査結果報告書 (市町用)


(様式5-3号)
子宮頸部精密検査結果報告書(市町用)
③ 市町保存用

市町名 _____

要精検者の精密検査の結果を下記のとおり通知します。
なお、御高診の上、該当項目を記入し、結果報告書2部(②、③)を一次検診機関又は市町に御回答ください。

氏名		住所	
生年月日	年 月 日 (年齢 歳)		

精密検査(精密検査実施医療機関記載欄)

検査結果 (1) コルポスコープ所見 a. NCF(正常) b. ACF(異常) c. IC(浸潤癌) d. UCF(不適例) e. MF(その他の非癌所見)	 びらん <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 萎縮 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
(2) HPV検査 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(タイプ: _____) <input type="checkbox"/> 実施なし	
(3) 細胞診検査 <input type="checkbox"/> あり: 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし: □来院なし □その他(_____) ・標本の適否 ・扁平上皮系異常 ・腺系異常 <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正 <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> 陰性(NILM) <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> 微生物 <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> 腺がん(Adeno Ca.) <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見 <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍(_____) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> SCC	
(4) 組織検査 <input type="checkbox"/> あり: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 円錐切除 <input type="checkbox"/> 摘出子宮 <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> なし: □来院なし □組織とれず □その他(_____)	
最終診断 (1) <input type="checkbox"/> 異常なし (2) 原発性の子宮頸がん: □扁平上皮癌(□IA期 □IB期以上) □腺癌(□IA期 □IB期以上) □その他(_____) (3) 上皮内癌変: □AIS(上皮内腺がん) □CIN3(高度異形成・上皮内癌) □CIN2(中等度異形成) □CIN1(軽度異形成) (4) <input type="checkbox"/> 子宮頸がんの疑いまたは未確定 (例: 一次検診がASC-USで、精密検査としてHPV検査または細胞診のみ実施し、コルポ・組織診が未実施の場合) (5) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん、AIS及びCIN以外の子宮頸部の疾患(_____) (転移性の子宮頸がん、子宮体がんの直接浸潤、腺異形成、尖非コンジローマ等) (6) <input type="checkbox"/> 子宮頸部以外の疾患(_____) 子宮頸がんの精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの (7) <input type="checkbox"/> 未受診 ・重篤な偶発症の確認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____) (8) <input type="checkbox"/> 未把握 ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)	
診断後の処置(今後の方針) (1) <input type="checkbox"/> 要手術 (2) <input type="checkbox"/> 入院治療 (3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (4) <input type="checkbox"/> 経過観察(ヵ月後予定) (5) <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名 _____) (6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし	
精密検査実施医療機関 (_____) - 担当医師名 _____ 記載日 年 月 日	

旧

(様式5-3号) 子宮頸部精密検査結果報告書 (市町用)


(様式5-3号)
子宮頸部精密検査結果報告書(市町用)
③ 市町保存用

市町名 _____

要精検者の精密検査の結果を下記のとおり通知します。
なお、御高診の上、該当項目を記入し、結果報告書2部(②、③)を一次検診機関又は市町に御回答ください。

氏名		住所	
生年月日	年 月 日 (年齢 歳)		

精密検査(精密検査実施医療機関記載欄)

検査結果 (1) コルポスコープ所見 a. NCF(正常) b. ACF(異常) c. IC(浸潤癌) d. UCF(不適例) e. MF(その他の非癌所見)	 びらん <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 萎縮 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
(2) HPV検査 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(タイプ: _____) <input type="checkbox"/> 実施なし	
(3) 細胞診検査 <input type="checkbox"/> あり: 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし: □来院なし □その他(_____) ・標本の適否 ・扁平上皮系異常 ・腺系異常 <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正 <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> 陰性(NILM) <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> 微生物 <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> 腺がん(Adeno Ca.) <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見 <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍(_____) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> SCC	
(4) 組織検査 <input type="checkbox"/> あり: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 円錐切除 <input type="checkbox"/> 摘出子宮 <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> なし: □来院なし □組織とれず □その他(_____)	
最終診断 (1) 異常なし: <input type="checkbox"/> a. 異常なし <input type="checkbox"/> b. 良性病変のみ (2) 異形成: <input type="checkbox"/> a. CIN1(軽度異形成) <input type="checkbox"/> b. CIN2(中等度異形成) <input type="checkbox"/> c. CIN3(高度異形成・上皮内癌) <input type="checkbox"/> d. 腺異形成 (3) 悪性腫瘍: <input type="checkbox"/> a. 上皮内癌 <input type="checkbox"/> b. 扁平上皮癌(IA期) <input type="checkbox"/> c. 扁平上皮癌(IB期以上) <input type="checkbox"/> d. 上皮内腺癌 <input type="checkbox"/> e. 腺癌(IA期) <input type="checkbox"/> f. 腺癌(IB期以上) <input type="checkbox"/> g. その他の原発性上皮性腫瘍(_____) <input type="checkbox"/> h. その他の原発性腫瘍(_____) <input type="checkbox"/> i. 線維性腫瘍(_____) (4) コルポスコピーや細胞診で所見があり、組織診で所見がない場合: <input type="checkbox"/> (5) 未受診: <input type="checkbox"/> 子宮頸がんの精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの <input type="checkbox"/> ・重篤な偶発症の確認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____) (6) 未把握: <input type="checkbox"/> ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)	
診断後の処置(今後の方針) (1) <input type="checkbox"/> 要手術 (2) <input type="checkbox"/> 入院治療 (3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (4) <input type="checkbox"/> 経過観察(ヵ月後予定) (5) <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名 _____) (6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし	
精密検査実施医療機関 (_____) - 担当医師名 _____ 記載日 年 月 日	

香川県子宮頸がん検診の精度管理のための技術的指針

令和8年 月

香川県健康福祉部健康政策課

香川県子宮頸がん検診の精度管理のための技術的指針

第1	目的	1
第2	検診対象者	1
第3	実施回数	1
第4	検診計画の策定	1
第5	受診勧奨	1
第6	検診方法等	2
第7	検診結果の指導区分	3
第8	検診結果の報告及び通知	3
第9	検診記録の整備及び精密検査結果の把握	3
第10	事業評価	4
第11	検診実施機関	4
第12	精密検査等	5
	(別紙1) 細胞診結果 (ベセスダシステム)	6
	(様式1号) 子宮頸がん検診問診票	8
	(様式2号) 子宮頸がん検診受診者名簿	9
	(様式3号) 子宮頸がん検診結果記録票	10
	(様式4号) 子宮頸がん検診結果通知書	11
	(様式5-1号) 子宮頸部精密検査依頼書	12
	(様式5-2号) 子宮頸部精密検査結果報告書 (検診実施機関用)	13
	(様式5-3号) 子宮頸部精密検査結果報告書 (市町用)	14

香川県子宮頸がん検診の精度管理のための技術的指針

第1 目的

この指針は、すべての市町において、国の指針等に基づいた科学的に効果の明らかな方法で、子宮頸がん検診及びその精度管理が実施され、さらには事業評価や住民への受診勧奨などが適切に行われることにより、県民のがんの早期発見に資することを目的とする。

第2 検診対象者

子宮頸がん検診の対象者は、当該市町に居住地を有する20歳以上の女性とする。

なお、受診を特に推奨する者を20歳以上69歳以下の者とする。ただし、受診を特に推奨する者に該当しない70歳以上の者に対しても、受診の機会を提供するよう留意すること。

第3 実施回数

子宮頸がん検診は、原則として同一人について2年に1回実施する。

なお、受診機会は、必ず毎年度設けることとする。

第4 検診計画の策定

関係機関と十分協議の上、子宮頸がん検診事業計画を策定する。なお、計画の策定に際しては、次の事項に留意する。

- 1 国立がん研究センターが示す「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」*を参考として検診実施機関を決定し、下記の事項等について十分協議を行う。
- 2 検診対象者を住民基本台帳等で把握する。
- 3 検診実施期間、予定人数、実施場所を決定する。
- 4 検診の周知方法とその時期を決定する。
- 5 検診に必要な帳票類（様式1号・3号・4号・5号）を作成する。
- 6 検診実施後の結果集計等を行う（「子宮頸がん検診受診者名簿」（様式2号）等を利用する。）。

※ 「事業評価のためのチェックリストおよび仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」
(https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html)

第5 受診勧奨

市町は、子宮頸がん及び子宮頸がん検診に関する正しい知識を普及啓発するとともに、対象者に受診勧奨を行う。対象者のうち、受診を特に推奨する者でこれまでに子宮頸がん検診を受診したことがない者に対しては、積極的な受診勧奨を行う。

受診勧奨は、受診率の向上及び精度管理の観点から、個別通知によることが望ましく、次の事項に留意する。

- 1 受診者の拡大に努めるとともに、受診者の固定化を防止し、検診の効果の向上を図る。
- 2 罹患率や有病率などを参考とし、子宮頸がん対策上重要と考えられる年齢層の受診を促進する。
- 3 他のがん検診受診機会の有無を確認するなど、対象者を正確に把握する。
- 4 検診対象者のリストを作成し、がん検診受診状況等を台帳等により管理する。
- 5 がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮した上で受診を検討できるよう、受診勧奨に当たっては、対象者に対してがん検診の利益・不利益の説明を行うこと。ただし、不利益の説明をするときは、指針に定めるがん検診の受診率低下を招かないよう、伝え方に留意すること。

<がん検診の利益・不利益について>

(利益の例)

- ・検診受診後のがんの早期発見・早期治療による死亡率減少効果があること
- ・早期に発見できるために侵襲の軽度な治療で済むこと
- ・がん検診で「異常なし」と判定された場合に安心感を得られること等

(不利益の例)

- ・偽陰性、偽陽性（また、その判定結果を受けて不安を生じることや、結果として不必要な精密検査を受ける場合があること。）、過剰診断、偶発症等

第6 検診方法等

検診項目は、問診、視診、子宮頸部の細胞診とする。必要に応じて内診、コルポスコープ検査を行う。

1 問診

問診に当たっては、不正性器出血等の現在の症状、月経及び分娩・妊娠等に関する事項、性交経験の有無、子宮頸部病変の既往歴、過去の検診の受診状況等を聴取する。

2 視診

陰鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察する。

3 子宮頸部の細胞診

- (1) 子宮頸部の細胞診については、子宮頸部及び陰部表面の全面擦過法によって、検体を採取し、迅速に処理（固定等）した後、パパニコロウ染色を行い、顕微鏡下で観察する。
- (2) 検体の顕微鏡検査は、十分な経験を有する医師及び臨床検査技師を有する専門的検査機関において行う。この場合において、医師及び臨床検査技師は、公益社団法人日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士であることが望ましい。
- (3) 子宮頸部の細胞診の結果は、標本の適否の判定を行い、ベセスダシステム（別紙1参照）によって分類した上で、精密検査の必要性の有無を決定し、速やかに検査を依頼した者に通知する。なお、検体が不適切であった場合には、再度子宮頸部の細胞診を実施するものとする。

4 内診及びコルポスコープ検査

必要に応じて、双合診やコルポスコープ検査を実施する。

5 記録の整備

(1) 検診実施機関は、細胞診の結果を「子宮頸がん検診結果記録票」(様式3号)等に記録し、少なくとも5年間は保存する。

(2) 検診実施機関は、検診結果を市町に報告する。

6 その他

問診の結果、最近6か月以内に、不正性器出血(一過性の少量の出血、閉経後出血等)、月経異常(過多月経、不規則月経等)及び褐色帯下のいずれかの症状を有していたことが判明した者に対しては、子宮体がんの有症状者である疑いがあることから、第一選択として、十分な安全管理の下で多様な検査を実施できる医療機関へ受診を勧奨する。

第7 検診結果の指導区分

検診結果に基づく指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の内容の指導を行う。

なお、精密検査の要否は別紙1に基づき決定する。

1 「要精検」と区分された者

医療機関において精密検査を受診するように指導する。

2 「精検不要」と区分された者

2年後の検診受診を勧める。併せて、検診で精検不要であったとしても、検診後に子宮頸がんが疑われる症状等が出現した場合は、速やかに医療機関を受診するように指導する。

第8 検診結果の報告及び通知

1 市町又は検診実施機関は、検診終了後速やかに、検診結果を「子宮頸がん検診受診者名簿」(様式2号)に記録する。

2 市町又は検診実施機関は、検診結果報告を基に、受診者あてに「子宮頸がん検診結果通知書」(様式4号)を作成し、精密検査の必要性の有無を附し、受診者に速やかに通知する。

(1) 要精密検査:「子宮頸がん検診結果通知書」(様式4号)及び「子宮頸部精密検査依頼書」(様式5号)

(2) 精検不要:「子宮頸がん検診結果通知書(様式4号)」

第9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握

1 検診記録の整備

市町は、検診実施機関等と連携を図り、「子宮頸がん検診受診者名簿」(様式2号)等に、受診者の氏名、年齢、住所、過去の検診受診状況、子宮頸部の細胞診の結果、精密検査の受診勧奨の有無、精密検査受診の有無、精密検査結果等を記録し、また、国のがん検診事業等の報告である

「地域保健・健康増進事業報告」に対応できる集計表を作成する。

また、受診指導の記録を併せて整理するほか、必要に応じて個人票を作成し、医療機関における確定診断の結果及び治療の状況等を記録する。

2 子宮頸がん検診精密検査結果の把握

市町又は検診実施機関は、「子宮頸部精密検査依頼書」（様式5号）等により精密検査実施医療機関に精密検査を依頼するとともに、その結果を把握する。

第10 事業評価

がん検診における事業評価については、令和5年6月に厚生労働省がん検診のあり方に関する検討会においてとりまとめられた報告書「がん検診事業のあり方について」（以下「報告書」という。）において示された基本的な考え方を基に、「事業評価のためのチェックリスト」*（以下「チェックリスト」という。）等により実施状況を把握するとともに、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応的中度、がん発見率等の「プロセス指標」に基づく評価を行うこととする。

市町は、「チェックリスト（市区町村用）」*を参考とするなどして、検診の実施状況を把握する。その上で、保健所、地域医師会及び検診実施機関等関係者と十分協議を行い、地域における実施体制の整備に努めるとともに、子宮がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に基づき、検診実施機関の選定及び実施方法等の改善を行う。

また、県は、子宮がん部会において、全国がん登録を活用するとともに、「チェックリスト（都道府県用）」*を参考とするなどして、がんの罹患動向、検診の実施方法及び精度管理の在り方等について専門的な見地から検討を行う。さらに、「チェックリスト（市区町村用及び検診実施機関用）」*の結果を踏まえ、市町に対する技術的支援及び検診実施機関に対する指導を行う。

報告書の見直しが行われた場合は、新たな内容に基づき事業評価を行うこととする。

※ 「事業評価のためのチェックリスト」については、国立がん研究センターが示す「事業評価のためのチェックリスト」を参考にする。

「事業評価のためのチェックリストおよび仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」
(https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html)

第11 検診実施機関

- 1 検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で子宮頸がん検診が円滑に実施されるよう、「チェックリスト（検診実施機関用）」を参考とするなどして、細胞診等の精度管理に努める。
- 2 検診実施機関は、子宮頸がんに関する正確な知識及び技能を有するものでなければならない。
- 3 検診実施機関は、精密検査実施機関と連絡をとり、精密検査結果の把握に努めなければならない。
- 4 検診実施機関は、検体及び検診結果を少なくとも5年間は保存しなければならない。
- 5 検診実施機関は、香川県がん対策推進協議会及び子宮がん部会における検診結果や助言を踏ま

え、実施方法等の改善に努める。

第12 精密検査等

1 子宮頸がん検診において「要精検」とされた場合は、必ず精密検査を受けるよう、あらかじめ全ての検診受診者に周知する。

なお、その際には、精密検査を実施することにより、子宮頸がんの早期治療ができる可能性があるなどの科学的知見に基づき、十分な説明を行う。

2 精密検査実施医療機関は、精密検査の結果を、速やかに検査を依頼した者に対し通知する。

(別紙1)

細胞診結果 (ベセスダシステム)

【扁平上皮系】

結果	略語	推定される病理診断 (※1)	従来の クラス分類	英語表記	取扱い (参考)
1) 陰性	NILM	非腫瘍性所見 炎症	I、II	Negative for intraepithelial lesion or malignancy	異常なし：定期検診
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 (※2) 説明：「判定が難しい」 「識別できない」	II、IIIa	Atypical squamous cells of undetermined significance	要精検： ①HPV 検査による判定が望ましい 陰性：1年後に細胞診 陽性：コルポスコピー、生検 ②HPV 検査非施行 6か月以内細胞診再検査
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 (※3) 説明：「高度病変を疑う」	III/III b	Atypical squamous cells cannot exclude HSIL	要精検： コルポスコピー、生検
4) 軽度扁平上皮内病変	LSIL	HPV 感染 CIN1 (軽度異形成)	IIIa	Low grade squamous intraepithelial lesion	
5) 高度扁平上皮内病変	HSIL	CIN2 (中程度異形成) CIN3 (高度異形成 / 上皮内 がん)	IIIa IIIb IV	High grade squamous intraepithelial lesion	
6) 扁平上皮がん	SCC	扁平上皮がん (IA 期のが んを含む)	V	Squamous cell carcinoma	

【腺系】

7) 異型腺細胞	AGC	腺異形成、腺系病変疑い	Ⅲ	Atypical glandular cells	要精検： コルポスコープ、生検、 頸管及び内膜細胞診又は組織診
8) 上皮内腺がん	AIS	上皮内腺がん	Ⅳ	Adenocarcinoma in situ	
9) 腺がん	Adeno-carcinoma	腺がん	Ⅴ	Adenocarcinoma	

【その他の悪性腫瘍】

10) その他の悪性腫瘍	other	その他の悪性腫瘍	Ⅴ	Other malignant neoplasms	要精検：病変検索
--------------	-------	----------	---	---------------------------	----------

- ※1 推定される病理診断：報告書には臨床的取扱いの参考にするために、推定される病理組織分類を従来どおり付記することが推奨される。
- ※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 (LSIL) 疑い (否定できない)。全報告の5%以下であることが期待される。
ハイリスク HPV が約 50%に検出される。約 10~20%は CIN2-CIN3 (中等度-高度異形成、上皮内がん) と最終診断される。
- ※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 (HSIL) 疑い (否定できない)。全 ASC の 10%以下であることが期待される。CIN2 (中等度異形成) 以上と最終診断される率が ASC-US より高い。

(様式1号)

子宮頸がん検診問診票

市町名 _____

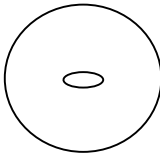
検診日	年 月 日	検体番号	
ふりがな		住所	
氏名			
電話番号	() -	生年月日	年 月 日 (歳)

※ あてはまるものを○で囲み、()に必要事項を記入してください。

1 これまでに子宮頸がん検診を受けたことがありますか			
(1) 今回初めて	} 前回の検診結果は	a 異常あり (結果) b 異常なし	
(2) 昨年受診あり			
(3) 過去3年以内に受診あり			
(4) 過去3年以内に受診なし			
2 子宮の手術や病気がありますか			
(1) あり (病名 _____)	(2) なし		
↳ a 現在治療中	b (年 月)頃に治療終了		
3 性交経験			
(1) あり	(2) なし		
4 妊娠・出産歴			
(1) あり	(2) なし		
a 妊娠回数 (回)	} 生産 回 死産 回 流産 回(人工 回、自然 回)		
b 最終の出産・流産はいつですか (歳)			
c 帝王切開はありますか (年 月 年 月)			
d 現在 ① 妊娠(ヶ月) ② 産後(ヶ月) ③ 授乳中			
5 月経歴			
(1) あり	(2) なし(閉経 歳)		
(最近の月経 月 日 ~ 月 日)			
(1)の場合、月経間隔は			
a 順調	b 不順		
6 過去6か月以内に気になる出血(不正性器出血)はありますか			
(1) あり	(2) なし		
↳ (1)の場合			
a 閉経後出血	b 過少月経	c 過多月経	
d 過長月経	e 不規則出血	f 一時的な不正出血	
g 褐色帯下	h その他()		

子宮頸がん検診結果記録票

市町名 _____

ふりがな			住所		
氏名			電話番号	()	-
生年月日	年	月	日	(歳)
検体番号					
検診日	年	月	日	検診場所	
検診機関名				検診機関住所	
電話番号	()	-	担当医師		
検体の採取方法 <input type="checkbox"/> 従来法 <input type="checkbox"/> 液状検体法 <input type="checkbox"/> その他 ()			採取器具 <input type="checkbox"/> 綿棒又は綿球 <input type="checkbox"/> スクレーパー <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> その他 ()		
クスコ診あるいはコルポスコープ所見 			びらん あり・なし 萎縮 あり・なし		双合診 異常 あり・なし ↓ ありの場合 ()
子宮頸部細胞診判定					
<u>ベセスダシステム</u> ・標本の適否 <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正 () ・陰性(NILM) <input type="checkbox"/> 微生物 <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見 () ・扁平上皮系異常 <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SCC ・腺系異常 <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> 腺がん(Adeno Ca.) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 ()					
子宮頸がん検診中／後の偶発症の有無※入院治療を要するもの					
・重篤な偶発症の確認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
検診判定結果 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精検		所見: 細胞検査士: _____ 細胞診専門医: _____			

子宮頸がん検診結果通知書

様

○ 印があなたの検診結果です。

- 1 精密検査不要 … 今回の子宮頸がん検診の結果、異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。

ただし、細胞診検査ですべての子宮頸がんを発見することはできません。

今回の検査で異常が無くても、不正出血などの自覚症状があった場合は、早い時期に婦人科専門の医療機関を受診されるようお勧めします。

また、症状が無くても2年に1度は必ず検診を受けましょう。

- 2 要精密検査 … 今回の子宮頸がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。

子宮頸がん検診により異常を認めます。

自覚症状がない場合もありますので、検診を受けた医療機関の医師の指示に従い、できるだけ早く婦人科専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。

<精密検査の際には、以下のものを必ず持参してください。>

- ・子宮頸部精密検査依頼書
- ・マイナ保険証または資格確認書

年 月 日

検診機関名 _____

担当医師 _____

子宮頸部精密検査結果報告書 (検診実施機関用)

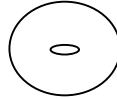
② 子宮頸がん一次検診実施機関保存用

市町名 _____

要精検者の精密検査の結果を下記のとおり通知します。

ふりがな		住所	() -
氏名			
生年月日	年 月 日	(年齢 歳)	

精密検査(精密検査実施医療機関記載欄)

検査結果			びらん <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
(1) コルポスコープ所見			萎縮 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
a. NCF(正常) b. ACF(異常) c. IC(浸潤癌) d. UCF(不適例) e. MF(その他の非癌所見)			
(2) HPV検査			
<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(タイプ: _____) <input type="checkbox"/> 実施なし			
(3) 細胞診検査			
<input type="checkbox"/> あり: _____年 月 日 <input type="checkbox"/> なし: <input type="checkbox"/> 来院なし <input type="checkbox"/> その他(_____)			
・標本の適否 <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正		・扁平上皮系異常 <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SCC	
・陰性(NILM) <input type="checkbox"/> 微生物 <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見 (_____)		・腺系異常 <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> 腺がん(Adeno Ca.) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍(_____)	
(4) 組織検査			
<input type="checkbox"/> あり: _____年 月 日 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 円錐切除 <input type="checkbox"/> 摘出子宮 <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> なし: <input type="checkbox"/> 来院なし <input type="checkbox"/> 組織とれず <input type="checkbox"/> その他(_____)			
最終診断			
(1) <input type="checkbox"/> 異常なし			
(2) 原発性の子宮頸がん: <input type="checkbox"/> 扁平上皮癌(<input type="checkbox"/> IA期 <input type="checkbox"/> IB期以上) <input type="checkbox"/> 腺癌(<input type="checkbox"/> IA期 <input type="checkbox"/> IB期以上) <input type="checkbox"/> その他(_____)			
(3) 上皮内病変: <input type="checkbox"/> AIS(上皮内腺がん) <input type="checkbox"/> CIN3(高度異形成・上皮内癌) <input type="checkbox"/> CIN2(中等度異形成) <input type="checkbox"/> CIN1(軽度異形成)			
(4) <input type="checkbox"/> 子宮頸がんの疑いまたは未確定 (例: 一次検診がASC-USで、精密検査としてHPV検査または細胞診のみ実施し、コルポ・組織診が未実施の場合)			
(5) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん、AIS及びCIN以外の子宮頸部の疾患(_____) (転移性の子宮頸がん、子宮体がんの直接浸潤、腺異形成、尖圭コンジローマ等)			
(6) <input type="checkbox"/> 子宮頸部以外の疾患(_____)		子宮頸がんの精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの	
(7) <input type="checkbox"/> 未受診		・重篤な偶発症の確認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)	
(8) <input type="checkbox"/> 未把握		・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)	
診断後の処置(今後の方針)		精密検査実施医療機関 (_____) -	
(1) <input type="checkbox"/> 要手術 (2) <input type="checkbox"/> 入院治療		担当医師名 _____ 記載日 _____年 月 日	
(3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (4) <input type="checkbox"/> 経過観察(_____ヵ月後予定)			
(5) <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名 _____)			
(6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし			

子宮頸部精密検査結果報告書(市町用)

③ 市町保存用

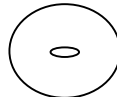
市町名 _____

要精検者の精密検査の結果を下記のとおり通知します。

なお、御高診の上、該当項目を記入し、結果報告書2部(②、③)を一次検診機関又は市町に御回答ください。

ふりがな		住所	() -
氏名			
生年月日	年 月 日	(年齢)	歳

精密検査(精密検査実施医療機関記載欄)

検査結果			びらん <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
(1)コルポスコープ所見			萎縮 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
a. NCF(正常) b. ACF(異常) c. IC(浸潤癌) d. UCF(不適例) e. MF(その他の非癌所見)			
(2)HPV検査			
<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(タイプ:) <input type="checkbox"/> 実施なし			
(3)細胞診検査			
<input type="checkbox"/> あり: 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし: <input type="checkbox"/> 来院なし <input type="checkbox"/> その他()			
・標本の適否 <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正 ・陰性(NILM) <input type="checkbox"/> 微生物 <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見 ()	・扁平上皮系異常 <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> SCC	・腺系異常 <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/> 腺がん(Adeno Ca.) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍()	
(4)組織検査			
<input type="checkbox"/> あり: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 円錐切除 <input type="checkbox"/> 摘出子宮 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし: <input type="checkbox"/> 来院なし <input type="checkbox"/> 組織とれず <input type="checkbox"/> その他()			
最終診断			
(1) <input type="checkbox"/> 異常なし			
(2) 原発性の子宮頸がん: <input type="checkbox"/> 扁平上皮癌(<input type="checkbox"/> IA期 <input type="checkbox"/> IB期以上) <input type="checkbox"/> 腺癌(<input type="checkbox"/> IA期 <input type="checkbox"/> IB期以上) <input type="checkbox"/> その他()			
(3) 上皮内病変: <input type="checkbox"/> AIS(上皮内腺がん) <input type="checkbox"/> CIN3(高度異形成・上皮内癌) <input type="checkbox"/> CIN2(中等度異形成) <input type="checkbox"/> CIN1(軽度異形成)			
(4) <input type="checkbox"/> 子宮頸がんの疑いまたは未確定 (例:一次検診がASC-USで、精密検査としてHPV検査または細胞診のみ実施し、コルポ・組織診が未実施の場合)			
(5) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん、AIS及びCIN以外の子宮頸部の疾患() (転移性の子宮頸がん、子宮体がんの直接浸潤、腺異形成、尖圭コンジローマ等)			
(6) <input type="checkbox"/> 子宮頸部以外の疾患()	子宮頸がんの精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの		
(7) <input type="checkbox"/> 未受診	・重篤な偶発症の確認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
(8) <input type="checkbox"/> 未把握	・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
診断後の処置(今後の方針)		精密検査実施医療機関 () -	
(1) <input type="checkbox"/> 要手術 (2) <input type="checkbox"/> 入院治療 (3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (4) <input type="checkbox"/> 経過観察(ヲ月後予定) (5) <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名) (6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし		担当医師名 記載日 年 月 日	