

乳	子宮

2020 年度 がん検診結果記入票 (子宮がん・乳がん検診)

※太枠内 (該当検診のみ) をご記入ください。

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢	2021 年 3 月 31 日時点 〔 〕 歳			
受診項目	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 〔 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 内診 <input type="checkbox"/> その他 〕 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 〔 <input type="checkbox"/> 視触診 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> その他 〕					

子宮がん 検診	受診日	西暦	年	月	日	
	医療機関名					
	所見	細胞診	ベセスダ診 () 又は クラス診 ()			
		内診				
		その他	※検査項目も記入			
医師の 総合判定	例) 異常ないのでまた 1 年後に検診を受けてください。半年後に再検査を受けてください。 など					

乳がん 検診	受診日	西暦	年	月	日	
	医療機関名					
	所見	視触診				
		超音波 検査	右 : 左 :			
		マンモグラフィ	右 : 左 :			
その他		※検査項目も記入				
医師の 総合判定	例) 異常ないのでまた 1 年後に検診を受けてください。半年後に再検査を受けてください。 など					