

②【結果票】

婦人科 検診結果票

受診者記入欄	氏名		年齢		健康保険証	記号	番号
			才				
	住所	〒 -					
		TEL - -					

医療機関記入欄	子宮がん検診結果			検診日	令和 年 月 日
	ベセスダシステム	日母分類	その他、特記事項		
	陰性(NILM)	I、II	判定 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察(ヶ月後に再検査) <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 要治療		
	ASC-US	II、III、IIIa			
	ASC-H	IIIa、IIIb			
	LSIL	IIIa			
	HSIL	IIIa、IIIb、IV			
	SCC	V			
	AGC	III			
	AIS	IV			
Adenocarcinoma	V				
Other malig.	V				
乳がん検診結果			検診日	令和 年 月 日	
超音波・マンモグラフィ			判定 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察(ヶ月後に再検査) <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 要治療		
視触診・特記事項					
医療機関名					
医師名					

(注) 1. 本結果票は、貴院所定の結果票がない場合にご使用ください。
 2. 精密検査や治療を要する場合は、本人に説明の上、保険診療にてお願いいたします。