

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	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 ☐ 異常なし ☐ 経過観察(ヶ月後に再検査) ☐ 要精密検査 ☐ 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
	エコー・マンモグラフィ		判定 ☐ 異常なし ☐ 経過観察(ヶ月後に再検査) ☐ 要精密検査 ☐ 要治療	
	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。