

子宮頸がん検診

令和5年度実施マニュアル

別府市医師会

令和5年度子宮頸がん検診実施要領

(対象者)

1. 対象者は次のとおりとする

別府市内に住民票を有する20歳以上の女性とする。(年度内20歳到達者含む)

事業所等で検診の機会のあるものは除く。

検診は、同一人物に対して年1回行うものとする。

(実施内容)

2. 実施内容は子宮頸がん検診とする。

検査項目は次のとおりとし、子宮頸がん検診票(様式1号)により実施する。

検査項目	問診、視診、内診、及び細胞診とする。 細胞診は、子宮頸膣部から擦過法により検体を採取し、パパニコロウ染色を行って顕微鏡検査することを原則とする。
------	---

(検診の受付)

3. 実施医療機関は、受診者の住所、氏名、年齢を確認し、子宮頸がん検診を行う。検診にあたり、所定の検診料自己負担金を徴収し、検診料の一部に充当する。

また、検診前に検診方法や内容を受診者に十分説明し同意を得てから実施すること。

(検診料について)

4. 検診委託料(税込)は1件につき7,249円と、通信費84円を合わせた額の

7,333円とする。そのうち実施医療機関窓口にて自己負担金1,100円を徴収する。

ただし、次の者は自己負担金を徴収しない。

(1) 70歳以上(昭和29年3月31日以前の生まれ)の者で、年齢の確認できるものを提示した者。年度中に70歳に到達する者も含む。

(2) 満65～69歳の後期高齢者医療被保険者の者で後期高齢者医療被保険者証を提示した者。

保険証のコピーを、乳がん・子宮頸がん検診請求明細書(請求様式2-1号)[以下、請求明細書]に添付する。

(3) 生活保護法による被保護世帯に属する者で、診療依頼証と健康へのパスポートを提出した者。医療機関名と受診日を記入し健康へのパスポートは本人へ返す。診療依頼証があれば健康へのパスポートがなくても受診可能。

診療依頼証のコピーを請求明細書に添付する。

(4) 住民票の世帯員すべての人に市県民税がかかっていない世帯の者で税額証明書を提出した者。証明書を請求明細書に添付する。

(5) クーポン事業は(平成14年4月2日～平成15年4月1日生まれ)の20歳の方を対象に実施する。

クーポン券を請求明細書に添付する。

(事後指導)

5. 実施医療機関は、総合判定に基づき、受診者に速やかに通知し、十分な説明と保健指導を行う。検診の結果、要精密者には子宮頸がん検診結果通知書(様式6号)により速やかに通知し、必要書類を持って、精密検査を受診するよう指導する。

必要書類は以下のとおりとする。

- (1) 子宮頸がん検診精密検査依頼書(様式7号)
- (2) 子宮頸がん精密検査結果報告書(様式8号)

(検診結果の通知)

6. 実施医療機関は、検診結果を次の区分により受診者及び市へ通知する。

受診者に対する通知	精密検査不要	様式5号により封書にて郵送する。
	精密検査必要 (がん疑い)	様式6号により通知する。
	精密検査必要 (がん疑い以外)	別に精密医療機関宛の子宮頸がん精密検査依頼書等(様式7・8号)を密封して受診者へ手渡す。
市に対する通知	医師会への子宮頸がん検診票(様式1-1号)の提出をもって、市への通知とする。	

(検診料の請求)

7. 実施医療機関は検診料より自己負担金を差引いた額を各月単位に算出し、翌月10日までに別府市医師会に提出する。自己負担金免除者については、請求明細書の免除理由にチェックを付け内訳を明確にする。

【被生活保護世帯に属する者】

「生保」にチェックを付け、診療依頼証のコピーを添付する。

【市民税非課税世帯に属する者】

「非課税」にチェックを付け、税額証明書を添付する。

【65～69歳で後期高齢者医療被保険者】

「後期」にチェックを付け、保険証のコピーを添付する。

【今年度末時点で70歳になる者】

「今年度70才」にチェックを付ける。(71歳以上の者はチェック不要)

【クーポンを利用した者】

「クーポン」にチェックを付け、クーポン券を添付する。

別府市医師会は、各月ごとに別府市に事業完了届をするとともに、検診内容や記入もれ等を確認したのち、別に定める様式を添付して委託料を請求する。

- (1) 実施医療機関から別府市医師会に提出するもの

ア 子宮頸がん検診票(様式1-1号)

イ 乳がん・子宮頸がん検診請求明細書(請求様式2-1号)

(自己負担金免除証明書等添付)

ウ 子宮頸がん検診料請求内訳(請求様式5号)

(実施期間)

8. 令和5年4月1日から令和6年3月31日までとする。

附 則

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

- 別府市医師会事務手数料（税込）は、1件につき220円。従って、実施医療機関へは自己負担金と事務手数料を差し引いた額の6,013円が支払われる。自己負担免除者は事務手数料だけ差し引いた額の7,113円が支払われる。

令和5年度

生活習慣病健診 がん検診等のご案内

✿生活習慣病健診とは、40歳以降から増加する生活習慣病をチェックしてメタボリックシンドロームや心筋梗塞、脳卒中などのリスクの早期発見を目的とした健診です。
✿同時にがん検診も受けることもできますのでご案内いたします。

すべて ¥0

【健診期間】 令和5年4月1日～令和6年3月31日

健診項目	健診内容	対象年齢
生活習慣病健診	問診・身体測定・腹囲・血圧・血液検査 (中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、AST (GOT)、ALT (GPT) γ-GT (γ-GTP)、血糖、HbA1c、血清クレアチニン、eGFR)・尿検査(尿たんぱく、尿糖)	40歳以上の方
	心電図※・貧血検査※・眼底検査※ ※条件該当者 健診結果等により血圧・血糖等が一定の基準に該当し、医師が必要と判断した方)	40～74歳の方
	血清アルブミン	75歳以上の方
肺がん検診	胸のエックス線撮影	40歳以上の方
大腸がん検診	便潜血検査	
胃がん検診	バリウムによるエックス線撮影	
肝炎ウイルス検診	血液検査 ※過去に受けたことのない方	
乳がん検診	マンモグラフィ検査	40歳以上の女性
子宮頸がん検診	子宮頸部の細胞診	20歳以上の女性
骨そしょう症検診	かかとの超音波検査など	40・45・50・55・60・65・70・75・80…歳になる女性
前立腺がん検診	血液検査	50歳以上の男性

健診を受ける場所を決めて予約！受診時は診療依頼証を持参

1 指定医療機関で受ける：
同封されている「特定健診等 指定医療機関一覧」をご参照ください

2 別府市保健センター（バス）で受ける：要事前予約
毎月の市報をご参照ください

◆受け方については裏面に続く⇒⇒⇒

問合せ先：ひと・くらし支援課 0977-21-1113

3 健診センターで受ける：要事前予約

OHC 大分総合健診センター

(北石垣深町・国道10号線沿い)



予約先：

0120-947-734

- ★胃がん検診実施の方には選べる特典を
進呈します。
(お食事券もしくはMRI割引優待券)
- ★乳がん検診は女性技師が対応します。
- ★子宮頸がん検診は女性医師の担当の日
があります。

別府市医師会地域保健センター

(西野口町・富士見通り沿い)



予約先：

0977-23-2279

- ★別府市役所に近く利便性が良いです。
- ★胃がん検診を実施した人に食事券を
お渡しします。
- ★子宮頸がん検診は女性医師、乳がん
検診は女性技師の実施日があります。
- ★7月以降は月1回日曜日も実施して
います。

大分県厚生連健康管理センター

(緑丘町・鶴見病院山側)



予約先：

0977-75-6154

- ★特定健診とがん検診を申し込むと
管理栄養士監修の昼食が付きます。
- ★当日、医師・保健師より結果の説明を
させていただきます。
- ★乳がん検査は女性技師が対応します。
- ★4月～5月のご予約の方は
1日推定尿中塩分測定が無料でできます！

令和5年度 健康へのパスポート

- 受診した健診の確認用紙としてお役立て下さい。
- 受診医療機関に提出すると、印を押してもらえます。
※受診機関へ提出せずに、ご自分で「受診機関」「受診日」を記入していただいてもよいです。

生活習慣病健診

受診機関	
受診日	年 月 日

肺がん検診

受診機関	
受診日	年 月 日

大腸がん検診

受診機関	
受診日	年 月 日

胃がん検診

受診機関	
受診日	年 月 日

肝炎ウイルス検診

受診機関	
受診日	年 月 日

乳がん検診

受診機関	
受診日	年 月 日

子宮頸がん検診

受診機関	
受診日	年 月 日

骨そしょう症検診

受診機関	
受診日	年 月 日

前立腺がん検診

受診機関	
受診日	年 月 日

子宮頸がん検診票

令和 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日	大正昭和平成	年 月 日	①別府市
住所	〒 - 別府市	電話番号	-	-	
家族の中でがんになった方	祖父(がん) 祖母(がん) 父(がん) 母(がん) 兄弟・姉妹(がん) 子ども(がん)				
既往歴	子宮頸部の疾患や婦人科疾患にかかったことがありますか。 なし ・ あり (病名:)				
今までの様子	初潮(歳) 閉経(歳)	最近の月経(月 日～ 月 日) 現在生理中(はい ・ いいえ)			
現在の様子	1. 不正出血(なし・あり) 色: 鮮血・うすい赤・褐色・黒ずんだ・その他() 量: 多量・やや多い・少ない どのような時: 性交渉・排便時・排尿時・自然に・その他() いつから: 日前・ヶ月前・時々・続いている		3. 痛み(なし・あり) 部位: 下腹・腰(左・右)・その他() いつから: 時々・続いている		
	2. おりもの(なし・あり) 色: 無色・白色・黄色・褐色・血の混ざったもの 量: 多量・やや多い・少ない いつから: 日前・ヶ月前・時々・続いている		4. かゆみ(なし・あり)		
			5. 現在治療中の疾患 病名()		
			6. 妊娠及び分娩歴(なし・あり)		
検診歴	1. 子宮頸がん検診を受けたことがありますか。 なし ・ あり (最終受診 年 月 日)		2. 精密検査受診日: 年 月 (病院名: 病名:)		

視診結果	1. 所見なし 2. 所見あり (所見:)			
内診結果	1. 所見なし 2. 所見あり (所見:)			
細胞診検査結果	1. 標本の種類	標本作成法 細胞採取器具	<input type="checkbox"/> 直接塗抹法 <input type="checkbox"/> 液状検体法 <input type="checkbox"/> サイトピック <input type="checkbox"/> ヘラ <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> その他()	
	2. 標本の適否	<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正	理由:	
	3. 細胞診判定 (ベセスダシステム)	推定病変		用語説明
		<input type="checkbox"/> 陰性(NILM)	<input type="checkbox"/> 微生物 <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見	
		<input type="checkbox"/> 扁平上皮系異常		
		ASC-US	<input type="checkbox"/> 軽度扁平上皮内病変疑い	意義不明な異型扁平上皮細胞
		ASC-H	<input type="checkbox"/> 高度扁平上皮内病変疑い	HSIL(CIN-2,CIN-3)を除外できない異型扁平上皮細胞
		LSIL	<input type="checkbox"/> HPV感染 <input type="checkbox"/> 軽度異形成(CIN-1)	軽度扁平上皮内病変
		HSIL	<input type="checkbox"/> 中等度異形成(CIN-2) <input type="checkbox"/> 高度異形成(CIN-3)	高度扁平上皮内病変
			<input type="checkbox"/> 上皮内癌(CIN-3)	
		SCC	<input type="checkbox"/> 扁平上皮癌	扁平上皮癌
		<input type="checkbox"/> 腺系異常およびその他の悪性腫瘍(<input type="checkbox"/> 原発性・ <input type="checkbox"/> 転移性)		
		AGC	<input type="checkbox"/> 腺異型または腺癌疑い	異型腺細胞
		AIS	<input type="checkbox"/> 上皮内腺癌	上皮内腺癌
	Adenocarcinoma	<input type="checkbox"/> 腺癌	腺癌	
Other malig	<input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍	その他の悪性腫瘍		
4. 細胞所見				
5. 注				
判定区分	1. 精密検査不要 2. 精密検査必要(がん疑い) 3. 精密検査必要(がん疑い以外)			

受託実施機関名 (電話)

子宮頸がん検診票

令和 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日	大正昭和平成	年 月 日	() 歳
住所	〒 別府市			電話番号	- -
家族の中でがんになった方	祖父(がん) 祖母(がん) 父(がん) 母(がん) 兄弟・姉妹(がん) 子ども(がん)				
既往歴	子宮頸部の疾患や婦人科疾患にかかったことがありますか。 なし ・ あり (病名:)				
今までの様子	初潮(歳) 閉経(歳)		最近の月経(月 日 ~ 月 日) 現在生理中(はい ・ いいえ)		
現在の様子	1. <u>不正出血(なし・あり)</u> 色: 鮮血・うすい赤・褐色・黒ずんだ・その他() 量: 多量・やや多い・少ない どのような時: 性交渉・排便時・排尿時・自然に・ その他() いつから: 日前・ ヶ月前・時々・続いている		3. <u>痛み(なし・あり)</u> 部位: 下腹・腰(左・右)・その他() いつから: 時々・続いている		
	2. <u>おりもの(なし・あり)</u> 色: 無色・白色・黄色・褐色・血の混ざったもの 量: 多量・やや多い・少ない いつから: 日前・ ヶ月前・時々・続いている		4. <u>かゆみ(なし・あり)</u>		
			5. 現在治療中の疾患 病名()		
			6. 妊娠及び分娩歴(なし・あり)		
検診歴	1. 子宮頸がん検診を受けたことがありますか。 なし ・ あり (最終受診 年 月 日)		2. 精密検査受診日: 年 月 (病院名: 病名:)		

②医療機関控

視診結果	1. 所見なし 2. 所見あり (所見:)				
内診結果	1. 所見なし 2. 所見あり (所見:)				
細胞診検査結果	1. 標本の種類	標本作成法 細胞採取器具	<input type="checkbox"/> 直接塗抹法 <input type="checkbox"/> 液状検体法 <input type="checkbox"/> サイトピック <input type="checkbox"/> ヘラ <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> その他()		
	2. 標本の適否	<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正	理由:		
	3. 細胞診判定 (ベセスダシステム)	推定病変		用語説明	
		<input type="checkbox"/> 陰性(NILM)	<input type="checkbox"/> 微生物 <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見		
		<input type="checkbox"/> 扁平上皮系異常			
		ASC-US	<input type="checkbox"/> 軽度扁平上皮内病変疑い	意義不明な異型扁平上皮細胞	
		ASC-H	<input type="checkbox"/> 高度扁平上皮内病変疑い	HSIL(CIN-2,CIN-3)を除外できない異型扁平上皮細胞	
		LSIL	<input type="checkbox"/> HPV感染 <input type="checkbox"/> 軽度異形成(CIN-1)	軽度扁平上皮内病変	
		HSIL	<input type="checkbox"/> 中等度異形成(CIN-2) <input type="checkbox"/> 高度異形成(CIN-3) <input type="checkbox"/> 上皮内癌(CIN-3)	高度扁平上皮内病変	
			SCC	<input type="checkbox"/> 扁平上皮癌	扁平上皮癌
		<input type="checkbox"/> 腺系異常およびその他の悪性腫瘍(<input type="checkbox"/> 原発性・ <input type="checkbox"/> 転移性)			
		AGC	<input type="checkbox"/> 腺異型または腺癌疑い	異型腺細胞	
		AIS	<input type="checkbox"/> 上皮内腺癌	上皮内腺癌	
		Adenocarcinoma	<input type="checkbox"/> 腺癌	腺癌	
	Other malig	<input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍	その他の悪性腫瘍		
4. 細胞所見					
5. 注					
判定区分	1. 精密検査不要 2. 精密検査必要(がん疑い) 3. 精密検査必要(がん疑い以外)				

受託実施機関名 (電話)

様式 5 号

令和 年 月 日

様

実施機関

子宮頸がん検診結果のお知らせ

あなたが、令和 年 月 日に受けた子宮頸がん検診の結果、特に異常は認められませんでした。

検診を受けた後でも、何か自覚症状がある場合は専門医を受診してください。これからもご自身の健康を守るため、年に一回の検診をお受けください。

様

実施機関

子宮頸がん検診結果通知書

令和 年 月 日あなたが受けた子宮頸がん検診の結果、精密検査を行う必要があると判定されました。下記の事項を参考にして、なるべく早く（1 か月以内）精密検査を受けるようお勧めいたします。

記

- 1 精密検査は保険診療ですので、健康保険証をお持ちください。
- 2 精密検査を受ける際は、子宮頸がん精密検査医療機関宛ての封書を医師に必ずお渡しください。
- 3 次の精密医療機関を受診する場合は、必ず事前にお問い合わせの上、受診してください。

（精密医療機関）

医療機関名	電話番号	外来日	受付時間	受付場所
独立行政法人国立病院機構 別府医療センター	67-1111	月～金	9:00～11:00 要予約	外来受付
あおい産婦人科	25-0888	月～土	【月・火・水・金】 9:00～11:30 14:00～17:30 【木・土】 9:00～11:30 要予約	受付
中山レディースクリニック	73-8800	月・火・木・ 金 土	【月・火・木・金】 9:00～12:30 14:00～17:30 【土】 9:00～12:30 要予約	受付

R5.1 月時点

※精密検査の受診状況について、別府市健康推進課より電話等で確認させていただくことがあります。受診ができない場合は、お手数ですが別府市健康推進課成人保健係(電話:0977-21-2188)までお知らせください。

精密検査実施医療機関 殿
担当医 殿

実施機関

子宮頸がん検診精密検査依頼書

次の方は子宮頸がん検診の結果、精密検査が必要です。貴院にて精密検査を実施していただきますようお願いいたします。

つきましては大変お手数ではございますが、その結果については、子宮頸がん精密検査結果報告書（様式 8 号）にご記入の上、ご送付くださいますよう、よろしくお願いいたします。

ふりがな 氏 名		大正 昭和 年 月 日 平成	満 歳
住 所	別府市 電話()		
判定可能 ・不可能	1. 判定可能 2. 判定不可能	標本状態	1. 適正 2. 不適正
細胞診判定	1. ベセスダ分類 2. 日母分類		
ベセスダ分類	1. NILM 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. SCC 7. AGC 8. AIS 9. Adeno Ca. 10. Other		

(送付先)

〒874-8511 別府市上野口町 1 番 15 号

別府市いきいき健康推進課

電話:0977-21-2188

子宮頸がん精密検査結果報告書

ふりがな 氏 名		大正 昭和 平成		年 月 日 (満 歳)	
住 所		別府市		電話	
検査結果		1. コルポスコーピー所見 (a. NCF b. ACF c. IC d. UCF e. MF) 2. 細胞診 (a. 実施しない ・ b. 実施した : 平成 年 月 日) 結果 () 3. 組織診 (a. 実施しない ・ b. 実施した : 平成 年 月 日) 結果 (a. AIS b. CIN3 c. CIN2 d. HSIL e. CIN1 f. 異常なし g. 子宮頸がん・AIS・CIN以外の疾患【転移性の子宮頸がんを含む】) 4. その他の検査 (a. 実施しない ・ b. 実施した : 平成 年 月 日) 検査法 () 結果 ()			
診断区分 3. ~16. は 後日改めて 経過の問い 合わせをする 場合があります。		A. 異常なし: 1. 異常なし 2. 良性病変のみ B. 悪性腫瘍: 3. 上皮内癌 4. 微小浸潤扁平上皮内癌 5. 扁平上皮癌 6. 上皮内腺癌 7. 微小浸潤腺癌 8. 腺癌 9. その他の原発性上皮性腫瘍 () 10. その他の原発性腫瘍 () 11. 続発性腫瘍 () C. 異形成: 12. 高度異形成 13. 中等度異形成 14. 軽度異形成 15. 腺異形成 D. 確定できず: 16. 確定できず ※コルポスコーピーや細胞診で所見があり、組織診で所見がない場合には16. を選んで下さい。			
その後の 処置		1. なし 2. 定期的に経過観察 (ヶ月後予定) 3. 治療予定 (a. 要手術 b. その他:) 4. 手術施行済み (年 月 日) 5. 他院に紹介→下記にご記入下さい			
精検に伴う偶発症の有無 有・・・(入院加療を要するもの ・ 死亡) 無					
他院紹介		令和 年 月 日		医療機関名 医師名	
記載年月日		令和 年 月 日		精密検査実施医療機関名 医師名	

子宮頸がん検診フローチャート

地域住民への周知・広報

- ◆ 周知の手段・・・特集号・市報・ケーブル等
- ◆ 健康教育・健康相談の場を活用

(1) 方法

委託:別府市医師会
個別方式

(2) 内容

問診・視診・内診・細胞診

(3) 対象者

20歳以上の女性

受託実施機関 (第一次)

内容

子宮頸がん検診票(様式第1号)交付
自己負担金徴収(免除者は証明必要)
問診のうえ、検診実施

精密検査不要

子宮頸がん検診結果のお知らせ
(様式5号)を封書にて郵送する。

精密検査必要 (がん疑い) 及び (がん疑い以外)

- ◆ 子宮頸がん検診結果通知書(様式6号)にて通知(検診者来院)
(以下の書類を密封して同時交付)
- ◆ 子宮頸がん検診精密検査依頼書(様式7号)
- ◆ 子宮頸がん精密検査結果報告書(様式8号)
- ◆ 返信用封筒(切手貼付)

精密実施機関 (第二次)

子宮頸がん精密検査結果報告書(様式8号)を別府市に返送

別 府 市

支払い

別府市医師会

検診料の請求

精検未受診者へ
受診勧奨

検診料の請求
(各月ごとに翌月10日まで)

検診料の請求

- 受託実施機関(第一次)から医師会に提出するもの

- ① 子宮頸がん検診票(様式1-1号)
- ② 乳がん・子宮頸がん検診請求明細書(請求様式2-1号)
- ③ 子宮頸がん検診料請求内訳(請求様式5号)

留意事項

- (1) 検診前に必ず受診者に検診内容等を説明し、同意を得てから実施すること。
- (2) 検診料の請求について・・・翌月10日までに医師会へ提出する。
- (3) 健診結果については速やかに受診者に通知する。
要精密者には、早めに必ず精密検査を受けるよう勧める。

子宮頸がん検診実施医療機関

医 療 機 関 名	TEL	住 所
あ お い 産 婦 人 科	25-0888	石 垣 8 丁 目
中 山 レ デ ィ ー ス ク リ ニ ッ ク	73-8800	石 垣 西 4 丁 目

令和5年度子宮頸がん検診の検査依頼方法

(1) 子宮頸がん検査（子宮がん）

① 細胞診（液状検体法）

料金 900円（消費税別）

1. 検査は原則として医師会地域保健センターをご利用下さい。
2. **必ず病医院名の後に「(健診)」と印字されている LBCHPV 依頼書**へご記入下さい。
また、他のがん検診と併用される場合は別に**同一検査一覧依頼書用紙**を記入して下さい。

記入例は別紙：LBCHPV 依頼書サンプルを参照して下さい。

※病医院は下の2枚をお取りください。

施設コード・施設名はプレ印字

患者氏名はカナ氏名を記載して下さい。

性別・年齢を記載下さい。

採取法・容器数記載下さい。

※細胞診のみご依頼の場合は、項目コード「2725」へチェックしてください。

※【細胞診】単独依頼項目

※同一検体で細胞診とHPV-RNA検査を同時依頼される場合は、「77179」または「77180」のどちらか一方にのみチェックをしてください。

※【細胞診】+【HPV-RNA】同時依頼

※同一検体で細胞診とHPV簡易ジェノタイプ検査を同時依頼される場合は、「77196」または「77195」のどちらか一方にのみチェックをしてください。

※【細胞診】+【HPVジェノタイプ】同時依頼

※77180細胞診の結果がASC-USの場合に限りHPV-RNA検査を

※77195細胞診の結果がASC-USの場合に限りHPV簡易ジェノタイプ

※採入材料は最終月経を必ずご記入ください。

※最終月経を記載して下さい。

検査目的・臨床診断を記載して下さい。

※別府市各種がん検診の項目以外に追加項目がある場合は別途、通常検査依頼されています

「病医院名」のみ印字されている「総合検査依頼書」にご記入下さい。

※別府市各種がん検診の項目以外に追加項目がある場合は別途、通常検査依頼されています

「病医院名」のみ印字されている「総合検査依頼書」にご記入下さい。

(LBCHPV 依頼書サンプル)

※病院控は下の2枚をお取りください。

施設コード 施設名

施設コード・施設名はプレ印字

患者氏名はカナ氏名を記載して下さい。

性別 年齢 歳

性・年齢を記載下さい。

採取法 容器数記載下さい。

※細胞診のみご依頼の場合は、項目コード「2725」へチェックしてください。

※【細胞診】単独依頼項目

※同一検体で細胞診とHPV-RNA検査を同時依頼される場合は、「77179」または「77180」のどちらか一方にのみチェックをしてください。

※【細胞診】+【HPV-RNA】同時依頼

※同一検体で細胞診とHPV簡易ジェノタイプ検査を同時依頼される場合は、「77196」または「77195」のどちらか一方にのみチェックをしてください。

※【細胞診】+【HPVジェノタイプ】同時依頼

体内膜材料は細胞診検査依頼書(Cy(Z)-4)を使用し、従来法(スライドガラス)にてご提出ください。

※婦人科材料は最終月経を必ずご記入ください。

※最終月経を記載して下さい。

検査目的・臨床診断を記載して下さい。

既往組織診結果：

専用容器

お願い

○過去の細胞診、組織診の結果、日付、番号等を記入して頂くと診断上、大変参考になります。

○細胞変性を防ぐため、採取後直ちに専用容器へ入れてご提出ください。

423012 00091

RMI

本スライドは当社にて保管管理を致します。ご必要な場合は当社より貸出しとなります。

（OCR帳票記入上の注意）

依頼書

数

4

カタカ

ア

依頼

取消

重

重

重

重

重