

検診結果調査票 (日本における HPV ワクチンの細胞診異常予防効果に関する疫学研究)

◇本人記入欄 (検診時にご記入ください)

・氏名 姓 _____ 名 _____ ・フリガナ セイ _____ メイ _____
 ・生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 ・住所 〒 _____
 ・電話番号 自宅 _____ - _____ - _____ 携帯電話 _____ - _____ - _____
 ・メールアドレス PC or 携帯電話 _____ @ _____

※上記個人情報、次回検診についてのお知らせ等を行う際に使用させていただきます。

◇施設記入欄 (検診時にご記入ください)

・ワクチン接種時の当研究への登録の有無: _____ 無 ・ 有 _____
 ・HPV ワクチンの3回接種 _____ した ・ していない ・ (_____) 回接種した
 ・「接種した」の場合、HPV ワクチンの接種歴の確認 (必ずいずれかにチェック(レ)を入れてください)
 自治体へ問い合わせで確認済み 診療録(カルテ)で確認済み 接種記録(母子手帳等)で確認済み
 上記のいずれも確認できなかったが、本人・家族等の自己申告で確認した
 ・HPV ワクチンの種類 サーバリックス® ガーダシル® (HPV ワクチンを接種されている場合はいずれかにチェック(レ)を入れてください)
 ・接種日 1回目 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2回目 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 3回目 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 ・検診日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 ・検診施設名 _____
 検診施設住所 〒 _____
 ・妊娠・出産回数 妊娠(_____ 回)・出産(_____ 回)・妊娠中 _____ ない場合は「0」と記入して下さい ・性交経験の有無 _____ 無 ・ 有 _____
 ・今までの性的パートナー数 (_____ 人) 必須ではありませんが、研究のために是非ご記入下さい
 ・喫煙の有無 _____ 無 ・ 有 (「有」の場合、1日(_____)本を(_____)年)
 ・主な既往歴 _____ 無 ・ 有 (_____)
 ・過去の検診での細胞診異常 _____ 無 ・ 有 (時期: _____ 年、結果: _____)

(以下は結果判明後ご記入をお願いします)

細胞診結果

標本不適正

陰性 :NILM

扁平上皮系異常 :ASC-US ・ ASC-H ・ LSIL ・ HSIL ・ SCC

腺系異常 :AGC ・ AIS ・ Adenocarcinoma ・ Other malignancy

その他 (_____)

HPV 検査

高リスク型 HPV : (陽 性 ・ 陰 性)

HPV 型判定 : (_____ 型) (複数ある場合は全てご記入ください)

①NILM または ②ASC-US+HPV ハイリスク陰性 以外の場合、コルポスコープ下生検(保険診療)が必要です。

精査のために他院をご紹介される場合は、本用紙のコピーと同意書をサイトサポート欄にご郵送いただき、

本用紙(原本)は紹介状と共にご紹介先にご送付ください。

組織診結果(施行された場合)

・施行日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・検査施行施設名 _____

検査施行住所 〒 _____

(複数箇所生検された場合は、最も悪い所見に○をお願いします)

病変なし ・ CIN1 ・ CIN2 ・ CIN3(CIS 含む) ・ MIC ・ SCC

AIS ・ Adenocarcinoma ・ その他 (_____)

コルポスコープ下生検を行われました先生は、結果を当用紙にご記入頂き、付属の封筒にて郵送をお願い致します
 なお診断基準統一のため、生検プレパラートを後日お借りすることがございます

ご記入後、付属の封筒に入れて投函して下さい。送付先: サイトサポート・インスティテュート(株)

お問い合わせ先: 事務局 大阪大学 産科学婦人科学教室 (Tel 06-6879-3351)