

対象者記入箇所（調査票の表面）

登録番号： (シミックヘルスケア記入)

2023年2月13日作成

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 ※個人情報、研究に関するご連絡を行う場合のみに使用いたします

・研究への参加に同意する旨を、<https://oceanstudy.jp/event/> または右のQRコードにアクセスし、研究同意フォームより送信してください
送信が完了したら、以下の□にチェック(し)を入れてください



研究同意フォームから、研究への参加に同意する旨を送信しました

以下に回答してください。(□にはチェック(し)を入

- ・氏名 姓 _____ 名 _____
- ・フリガナ セイ _____ メイ _____
- ・生年月日 _____ 年 _____ 月 _____
- ・住所 〒 _____
- ・電話番号 自宅 _____ - _____
携帯電話 _____ - _____
- ・メールアドレス _____
- ・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 → 1日あたり _____ 本を _____ 年
- ・主な既往歴 無 有 _____
- ・過去の子宮頸がん検診での細胞診異常 無 有 時期： _____ 年 結果： _____

QRコードまたはURLより登録用ページにアクセスし「研究同意フォーム」にご入力の上、確認ボタンを押してください

医療施設の記入欄は裏面にございます。必ずご記入をお願いします

ご記入後、付属の封筒に入れて投函して下さい
送付先：シミックヘルスケア・インスティテュート株式会社

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)

担当医記入箇所（調査票の裏面）

2023年2月13日作成

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)

◇医療施設記入欄 (□にはチェック(し)を入れてください)

・HPVワクチン接種記録 ※1回でも接種していたら、「接種した」にチェック(し)を入れて把握できる範囲で①と②に記入をお願いいたします

接種していない

接種した

→① HPVワクチン接種記録を確認し記入してください

母子手帳の控えなどの添付は不要です

施設名 _____

→② 接種記録の確認方法について

- 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 問診で詳細に確認

・子宮頸がん検診結果

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名 _____

施設住所 _____

(以下は細胞診結果)

細胞診・HPV検査の結果を記入してください

型判定まで施行の場合、結果判明まで最大4週間かかることがあります

HPV検査 _____

NILM または「ASC-US+HPV(ハイリスク型)陰性」以外の場合、コルボスコープ下生検(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、本用紙のコピーをシミックヘルスケア・インスティテュートへご郵送いただき、本用紙(原本)は紹介状と共にご紹介先にご送付ください。

細胞診結果(施行された場合)

コルボ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

・施行日 _____ 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、最も悪い所見にチェック(し)を入れてください)

- 病変なし CIN1 CIN2 CIN3(CIS含む) MIC SCC
- AIS Adenocarcinoma その他 _____

子宮頸がん検診施行施設は、エコーワクチン接種記録と子宮頸がん検診結果をご記入ください

接種のみの施設は、接種記録のみご記入ください

★ 記入の際は、消えないペン(ボールペンなど)のご使用をお願いします