

登録番号：

(サイトサポート記入欄)

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

検診結果調査票

(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

・生年月 平成 年 月

・HPV ワクチンの3回接種 した ・ していない ・ () 回接種した

・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)

・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(株)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