

検診受診者記入箇所

同意書・検診結果調査票の赤丸の個所に記入してください

非接種群 (HPV ワクチンを接種しておられない方)

同意書

大阪大学医学部附属病院長 殿
大阪産婦人科医学会会長 殿

_____ 殿 (各医療機関の長)

研究題目 : 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

下記のうち、同意いただける事項にチェック (レ) を入れてください

HPV ワクチンを接種していません。

この研究へ参加することに同意します。

データの2次利用に同意します。

本人署名 : _____ (必須)

署名年月日 (生年月日ではありません) : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (必須)

担当医署名 (記名・捺印可也) : _____ (必須)

署名年月日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (必須)

代諾者 (保護者等) 署名 (続柄) : _____

同席者 (家族等) 署名 : _____

立会人 (看護師等) 署名 (職名等) : _____

(レ)を入れてください
「データの2次利用」とは、
今後この結果を同様の解
析に用いさせていただくこ
とがあるということです。そ
れに伴うあなたへの負担
はありません。

検診受診日を記入く
ださい。誕生日ではあ
りません。

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

(検診時に記入ください)

・ワクチン接種時の当研究への登壇の有無 : 無 ・ 有

生年月 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・HPV ワクチンの3回接種 : した・してない・() 回接種した。

・HPV ワクチンの種類 : サーバルックス 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」を記入して下さい)

・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)

・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 : 根本不適正 _____

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)

細胞診が正常でなかった場合、コルポスコプ下生検(保険診療)が必要です(HPV 陽性陽性) (例外 ASC-US)。
大学病院や産科基幹病院など他院へご紹介される際には当用紙を併せてご提出いただきますようお願い致します。

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。
なお診断書発行のため、生検プレパラートを後日お借りしたく存じます。よろしくお願致します。

ご記入後、付属の封筒に入れて投函して下さい。 送付先: サイトサポート・コンスタントセンター (株)
お問い合わせ先: 事務局 大阪大学 産科婦人科学教室 (Tel.06-6879-3351)

担当医記入箇所

同意書・検診結果調査票の青丸の個所に記入してください。

非接種群 (HPV ワクチンを接種しておられない方)

同意書

大阪大学医学部附属病院長 殿、
大阪産婦人科医会会長 殿、
____ 殿 (各医療機関の長) 。

研究題目 : 日本における HPV ワクチンの細胞診異常予知効果に関する臨床研究

下記のうち、同意いただける事項にチェック (シ) を

HPV ワクチンを接種していません。
 この研究へ参加することに同意します。
 データの2次利用に同意します。

本人署名 : _____ 殿 (必須) 。

署名年月日 (生年月日ではありません) : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (必須) 。

担当医署名 (記名・捺印可) : _____ 殿 (必須) 。

署名年月日 : _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (必須) 。

代諾者 (保護者等) 署名 (続柄) : _____ () 。

同席者 (家族等) 署名 : _____ () 。

立会人 (看護師等) 署名 (職名等) : _____ () 。

医療機関でご記入ください
(ハンコでもかまいません)

「データの2次利用」とは、今後この結果を同様の解析に用いさせていただくことがあるということです。それに伴う患者への負担はありません。

検診者記入個所に記入漏れがないかチェックをお願いします。

結果判明後、ご記入ください。

日本における HPV ワクチンの細胞診異常予知効果 検診結果調査

(検診時に記入ください)。

・ワクチン接種時の当研究への登録の有無 無 有

・生年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・HPV ワクチンの3回接種 した してない () 回接種した。

・HPV ワクチンの種類 サバーバルックス 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(シ)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)

・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 機本不適正

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 (陽性ある場合は全て記入ください)。

細胞診が正常であった場合、コルポスコプ下生検(深部診察)が必要ですが(HPV陽性ではありません(例外 ASC-US)、大学病院や産婦人科病棟など他院へご紹介される際には当用紙をご紹介した上でご記入ください)。

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したく存じます。よろしくお願ひ致します。

「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(株) 高岡しんせつ事務所 大阪大学 産科婦人科学教室 (TEL:06-6879-3351)」

ワクチン接種時に登録されている方は、原則、この用紙を持って受診されます

細胞診・HPVの結果をご記入後、所定の封筒でサイトサポート(株)にご郵送ください
精査のために他院をご紹介される場合は、検診結果調査票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、
検診結果調査票の原本は紹介状と共にご紹介先に送付ください