

川崎市子宮がん検診委託事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、健康増進法（平成14年法律第103号）第19条の2及び健康増進法施行規則（平成15年4月30日厚生労働省令第86号）第4条の2に基づく健康増進事業として、子宮がんの早期発見を図るため、子宮がん検診（以下「検診」という。）を行うことにより、市民の健康保持及び向上に資することを目的とする。

(受診対象者)

第2条 検診を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、本市に住所を有し、かつ年齢20歳（年度内に対象年齢に達する者を含む。）以上の女性とする。ただし、保険者等が行う医療保険各法その他の法令に基づいた当該検診を受けることができる者については、対象者から除くものとする。

(受診回数)

第3条 同一の対象者が検診を受けることができる回数は、2年度に1回とする。

(実施主体等)

第4条 検診の実施主体は川崎市とし、これを川崎市医師会に委託し、第5条第2項に規定する登録医療機関において実施するものとする。

(医療機関の登録)

第5条 市内の医療機関が検診を実施する医療機関として登録を受けようとするときは、川崎市がん検診等登録医療機関申請書（第1号様式）により、川崎市医師会長を經由して市長に申請しなければならない。この場合において、医療機関の開設者は、川崎市がん検診等登録医療機関推薦願書（第1号様式の2）を川崎市医師会長に提出するものとする。

2 市長は、前項の規定により、川崎市医師会長から推薦があった場合には、当該医療機関を子宮がん検診実施医療機関として登録（以下「登録医療機関」という。）するものとする。

3 市長は、登録医療機関に対し、川崎市がん検診等実施医療機関登録書（第2号様式）及び「川崎市がん検診登録医療機関表示用プレート」（以下「プレート」という。）を交付する。

4 登録医療機関は、検診を実施するにあたりプレートを医療機関内の受診者の目につきやすい場所に掲示しなければならない。

（登録の変更・辞退等）

第6条 登録医療機関の開設者は、登録した事項を変更するとき又は辞退するときは、川崎市医師会長を経由して、川崎市がん検診等登録医療機関登録事項変更（辞退）届（第3号様式）を市長に提出しなければならない。

（検診手続き）

第7条 検診を受けようとする者は、検診を実施する登録医療機関（以下「実施登録医療機関」という。）において川崎市子宮頸がん検診申込書・記録票（第4号様式）を記入し、提出しなければならない。また、併せて子宮体がん検診を受けようとする者は、川崎市子宮体がん検診申込書・記録票（第4-2号様式）を記入し、提出しなければならない。

（費用の額）

第8条 検診の費用の額は、市長が別に定めるものとする。

2 検診の結果、精密検査に要した費用は、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）によるものとする。

（費用の負担等）

第9条 検診に要した費用の負担は、次の各号に定めるところによる。

（1）受診者及び市長は、前条第1項の規定に基づき算定した額を負担し、

そのうち受診者が負担する額は、「健康増進法第19条の2による健康増進事業に関する要綱（平成20年3月31日19川健健第1766号）」別表に規定する一部負担金（以下「一部負担金」という。）とし、市長はその残額を負担する。ただし、同要綱第5条の規定により一部負担金を免除する場合は、市長が前条第1項の規定に基づき算定した額を負担する。

(2) 実施登録医療機関は、一部負担金を、当該受診者から検診を実施する際に徴収するものとする。

(3) 前条第2項に規定する費用については受診者が負担することを基本とし、この要綱により実施する子宮がん検診委託事業において市長は当該費用を負担しない。

(検診項目)

第10条 検診の項目は、次の各号のとおりとする。また、必要に応じてコルポスコープ検査を行う。

(1) 問診

(2) 視診

(3) 子宮頸部の細胞診

(4) 内診

2 子宮体部の細胞診（子宮体がん検診）については、子宮頸部の細胞診（子宮頸がん検診）を実施する者のうち、医師による問診の結果、最近6ヶ月以内に不正性器出血（一過性の少量の出血、閉経後出血等）、月経異常（過多月経、不規則月経等）又は褐色帯下のいずれかの症状を有していたことが判明した者及びその他医師が必要と認めた者に対しては、第一選択として、十分な安全管理のもとで多様な検査ができる医療機関の受診を勧奨することとなるが、引き続き子宮体部の細胞診を実施することについて受診者が同意

する場合には、子宮頸がん検診に併せて引き続き子宮体がん検診を行う。

(検査基準)

第11条 前条に定める検査基準は、別表1による。

(細胞診の検査機関)

第12条 細胞診検査は、原則として、市長が別途示す基準を満たす細胞診検査機関で行うものとする。

(記録)

第13条 実施登録医療機関は、その結果を第4号様式及び第4-2号様式に記録するものとする。

2 実施登録医療機関の開設者は、費用の請求を行う際、川崎市がん検診等委託料請求書(第5号様式)に第4号様式及び第4-2号様式を添付し、市長に請求するものとする。

(検診結果の判定)

第14条 検診結果の判定区分は、次の各号のとおりとする。

(1) 子宮頸がん検診

ア 精密検査不要

イ 子宮頸がん要精密検査

(ア) 直ちにコルポ診及び組織診

(イ) HPVによるトリアージ

(ウ) 6か月後、あるいは()か月後の細胞診

ウ 要細胞診再検査(細胞診不適正につき再検査)

(2) 子宮体がん検診

ア 正常範囲

イ 経過観察

ウ 要再検査

エ 要精密検査

オ 判定困難

(検診結果の通知及び事後指導)

第15条 検診結果は、実施登録医療機関において、川崎市子宮頸がん検診結果票（第4号様式の3）又は川崎市子宮体がん検診結果票（第4-2号様式の3）をもって受診者に速やかに通知し、適切な指導を行わなければならない。

2 実施登録医療機関は、受診者のうち、前条第1号イ又は第2号エに該当すると認めた者（以下「要精検者」という。）の結果を川崎市子宮頸がん精密検査結果報告書（第6号様式）又は川崎市子宮体がん精密検査結果報告書（6-2号様式）により市長に報告するものとする。

また、要精検者を他の医療機関へ紹介する場合には、精密検査紹介状（第7号様式）に必要な事項を記入するとともに、その紹介医療機関に第6号様式又は第6-2号様式により精密検査結果を市長に報告するよう依頼しなければならない。

3 実施登録医療機関は、検診実施後3か月以内に精密検査受診の有無が不明な場合には、実施登録医療機関が要精検者に対し、精検受診の有無及び結果等に関する照会を行わなければならない。

また、精密検査未受診者に対しては精密検査の受診勧奨を行わなければならない。

(精密検査結果等の調査)

第16条 市長は、精密検査実施医療機関に対し、必要に応じて精密検査結果等について調査を行う。

(事業の周知)

第17条 事業の周知は、国民健康保険における特定健診対象者へのチラシ送

付によるほか、市政だより、ポスター、ホームページ、地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）事業等によって行い、広く市民に徹底するよう努めるものとする。

（費用の請求及び支払い）

第18条 実施登録医療機関の開設者は、検診に要した費用のうち第9条第1号の規定にする市長が負担する額を第5号様式により、原則として、検診を実施した月の翌月の15日までに市長に請求するものとする。

2 前項の請求は、別表2に定める窓口に提出するものとする。

3 市長は、前2項による請求があったときは、速やかにその内容を審査し、川崎市医師会を經由して実施登録医療機関に支払うものとする。この場合、市長は請求があった月の翌々月の18日までに川崎市医師会に支払うものとする。

（検診記録等の保存）

第19条 第4号様式は、医師法（昭和23年法律第201号）第24条第2項の規定に準じ、実施医療機関において検診を実施した日から起算して5年間保存しなければならない。

2 前項については、電子媒体による保存に代えることができる。

（委任）

第20条 この要綱の実施について必要な事項は、健康福祉局長が定める。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

(川崎市子宮がん(一般検診)実施要綱の廃止)

2 川崎市子宮がん(一般検診)実施要綱は、廃止する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

(東日本大震災に伴う特例)

2 東日本大震災の被災により災害救助法(昭和22年法律第118号)の適用を受けた地域の方々(以下「被災者」という。)が、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難している場合において、震災後の生活実態等をかんがみ、避難者の健康増進に資するため、平成23年3月11日から当分の間、第2条の規定を準用する。この場合において、同条中「本市に住所を有し」とあるのは「東日本大震災の被災により災害救助法(昭和22年法律第118号)の適用を受けた地域の方々のうち、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難している方々であり」と読み替えるものとする。

また、その他被災地域からの避難者等、一定の配慮を要する者として健康福祉局長が認めた場合においても、対象者として同様に取り扱うことができる。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成24年12月3日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、
当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年11月19日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、
当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成28年4月14日から施行する。

(平成28年熊本地震に伴う特例)

- 2 平成28年熊本地震の被災により災害救助法(昭和22年法律第118号)
の適用を受けた地域の方々が、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難
している場合において、震災後の生活実態等をかんがみ、避難者の健康増進
に資するため、平成28年4月14日から当分の間、第2条の規定を準用す
る。この場合において、同条中「本市に住所を有し」とあるのは「平成28

年熊本地震の被災により災害救助法（昭和22年法律第118号）の適用を受けた地域の方々のうち、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難している方々であり」と読み替えるものとする。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、
当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、
当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和6年12月2日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、
当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要綱は、令和7年2月19日から施行し、令和7年1月1日から適用する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、
当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、決裁日から施行し、令和7年11月1日から適用する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

別表 1 （第 1 1 条関係）

検 査 基 準	
診 察	1 回
細胞採取部位	
臍部表面 （全面擦過法）	1 箇所
頸管部 （全面擦過法）	1 箇所
体 部 （吸引法または擦過法）	1 箇所

別表 2（第 18 条関係）

提 出 窓 口
健康福祉局保健医療政策部健康増進課
川崎区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
幸区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
中原区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
高津区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
宮前区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
多摩区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
麻生区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課

川崎市がん検診等登録医療機関申請書

令和 年 月 日

(あて先) 川崎市 長

医療機関 所在地
名 称
開設者
TEL
TEL
TEL

川崎市の各がん検診等委託事業実施要綱の規定に基づき、

- 肺がん検診 大腸がん検診 胃がん検診
 子宮がん検診 乳がん検診 骨粗しょう症検診

登録医療機関として申請します。

肺がん検診 診療科目
胸部エックス線装置 種類 形式

大腸がん検診 診療科目
検診項目 [問診、免疫学的便潜血検査2日法]

胃がん検診 診療科目
検査方法 (該当する番号に○印をつける)

(1) 胃エックス線検査 装置 種類 形式

(2) 上部消化管内視鏡検査 装置 種類 形式

子宮がん検診 診療科目

乳がん検診 診療科目
検診項目 [問診、マンモグラフィ]

マンモグラフィ 製造元 形式

骨粗しょう症検診 診療科目
検査方法 (該当する番号に○印をつける)

- (1) DXA法 [腰椎測定] (2) DXA法 [その他] (3) 改良型MD法
(4) SXA法 (5) PQCT法 (6) 超音波法

注) 本申請書は、川崎市がん検診等登録医療機関推薦願書を添えて川崎市医師会長に提出してください。

川崎市がん検診等登録医療機関推薦願書

令和 年 月 日

川崎市医師会長 様

医療機関 所在地
名称
開設者
TEL

川崎市の

- [肺がん検診 大腸がん検診 胃がん検診
 子宮がん検診 乳がん検診 骨粗しょう症検診]

実施医療機関として登録したいので、御推薦をお願いいたします。

肺がん検診 診療科目
胸部エックス線装置 種類 形式

大腸がん検診 診療科目
検診項目 [問診、免疫学的便潜血検査2日法]

胃がん検診 診療科目
検査方法 (該当する番号に○印をつける)
(1) 胃エックス線検査 装置 種類 形式
(2) 上部消化管内視鏡検査 装置 種類 形式

子宮がん検診 診療科目

乳がん検診 診療科目
検診項目 [問診、マンモグラフィ]
マンモグラフィ 製造元 形式

骨粗しょう症検診 診療科目
検査方法 (該当する番号に○印をつける)
(1) DXA法 [腰椎測定] (2) DXA法 [その他] (3) 改良型MD法
(4) SXA法 (5) PQCT法 (6) 超音波法

川崎市がん検診等実施医療機関登録書

医療機関 所在地.....
名 称.....
開設者.....

川崎市の各がん検診等実施要綱の規定に基づき、

- | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---|
| 〔 | <input type="checkbox"/> 肺がん検診 | <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 | <input type="checkbox"/> 胃がん検診 | 〕 |
| | <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 | <input type="checkbox"/> 乳がん検診 | <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診 | |

登録医療機関として登録します。

胃がん検診

登録した検診項目（該当する番号に○印）

- (1) 胃部エックス線検査
- (2) 上部消化管内視鏡検査

骨粗しょう症検診

登録した検診項目（該当する番号に○印）

- (1) DXA法〔腰椎測定〕
- (2) DXA法〔その他〕
- (3) 改良型MD法
- (4) SXA法
- (5) pQCT法
- (6) 超音波法

令和 年 月 日

川崎市長

印

川崎市がん検診等登録医療機関登録事項変更（辞退）届

令和 年 月 日

(あて先) 川崎市 長

医療機関 所在地.....
名 称.....
開設者.....
TEL.....

川崎市の

- 肺がん検診 大腸がん検診
- 胃がん検診 (胃部エックス線検査、上部消化管内視鏡検査)
- 子宮がん検診 乳がん検診 骨粗しょう症検診

登録医療機関として登録した事項を変更したいので、届け出いたします。

1 変更、辞退の区別

- (1) 変 更
- (2) 辞 退

2 変更する場合にあっては、その内容

辞退する場合にあっては、その期日

.....
.....
.....
.....
.....
.....

注) 本変更（辞退）届は川崎市医師会長に提出してください。

川崎市子宮頸がん検診申込書・記録票

※市記入欄

※ 昨年度(4月1日～3月31日)、川崎市の子宮がん検診を受診しましたか。 1 はい 2 いいえ

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名	医療機関コード					
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保	2. 非課税	3. 70歳以上	4. 無料クーポン		

同日実施 特定健診 肺がん 大腸がん 胃がん

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名	カナ氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	川崎市 区	電話	

問診 (次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲み、お答えください。)

1 最近の月経 令和 () 年 () 月 () 日から () 日間 / 閉経した () 歳

2 妊娠回数 妊娠 () 回 分娩 () 回 3 最近の妊娠 () 歳

4 HPVワクチン (旧称: 子宮頸がん予防ワクチン) を受けたことがありますか 1 ない 2 ある 3 わからない

5 婦人科系以外の病気にかかったことはありますか 1 ない 2 ある (病名) 年 月頃)

6 婦人科系の病気にかかったことはありますか 1 ない 2 ある (病名) 年 月頃)

また、次に該当するものがありますか
 (1)過去に子宮頸がん(浸潤がん) (2)子宮頸部の円錐切除術 (3)子宮摘出 (4)現在、子宮頸部の異形成や細胞診異常による経過観察中

7 家族の方で婦人科系のがんにかかったことがある人はいますか 1 ない 2 ある [子宮がん 卵巣がん 乳がん 誰が ()]

8 喫煙歴 1 ない 2 ある 9 女性ホルモン剤 (ピル等) を使用していますか 1 いいえ 2 はい ()

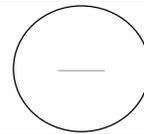
10 子宮内避妊用具を使用したことがありますか 1 ない 2 ある ()

11 最近6か月以内で、以下のような症状はありますか 1 ない 2 ある
 (1)月経時以外の出血 (2)おりもの(ピンク色、茶色) (3)下腹部の痛み (4)その他()

12 過去5年間に子宮がん検診を受けたことがありますか
 1 ない 2 ある [前回 年 月頃 1 子宮頸がん 2 子宮体がん 検査結果 異常なし / 病名 ()]

13 検査の結果、検体不良等により要再検査となった場合、再検査については、自己負担の費用が発生する場合があります。

臨床所見 1. 異常なし 2. 子宮腔部びらん 3. 膣炎 4. 頸管ポリープ
 5. 子宮筋腫 6. 付属器腫瘍:左・右 7. 悪性の疑い 8. その他()



コルポスコピー	1. 無 2. 有
検体の種類	1. 従来法 2. 液状検体法
採取方法	1. サイトピック® 2. ブラシ 3. ヘラ 4. その他()

細胞診	1. 適正 (判定可能)	1. NILM(陰性)	3. ASC-H(高度病変疑い)	4. LSIL(HPV感染・軽度異形成)
	2. 不適正 (判定不可能)	2. ASC-US(軽度病変疑い)	5. HSIL(中等度異形成・高度異形成・上皮内癌)	6. SCC(扁平上皮癌)
		7. AGC(腺異形成・腺癌疑い)	8. AIS(上皮内腺癌)	9. Adenocarcinoma(腺癌)
		10. Other(その他の悪性腫瘍)		

細胞診診断 1 異常なし 2 要精密検査 3 細胞診再検査を要す (塗抹不良・固定不良・標本破損)

コメント	サイン	MD	
		CT	

細胞診検査年月日	細胞診検査機関名
----------	----------

総合判定

1. 精密検査不要

2. 子宮頸がん要精密検査 ⇒ ①自院で実施・②他院を紹介 (医療機関名)
 (1) 直ちにコルポ診及び組織診 (2) HPVによるトリアージ (3) 6か月後、あるいは()か月後の細胞診

3. 要細胞診再検査 (細胞診不適正につき再検査)

要精密検査(子宮頸がん以外)ア. 頸管ポリープ・イ. 子宮筋腫・ウ. 付属器腫瘍:左・右・エ. その他()

医師サイン	検診区分	1 頸がん	2 頸がん+体がん	3 頸がん+体がん (採取不能)
-------	------	-------	-----------	------------------

医師のコメント

検診結果について、説明・指導を受けました。 令和 年 月 日 受診者署名

医師記載欄 来院しないので 結果を郵送 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送

備考:

川崎市子宮頸がん検診申込書・記録票

※市記入欄

※ 昨年度(4月1日～3月31日)、川崎市の子宮がん検診を受診しましたか。 1 はい 2 いいえ

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名				
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保	2. 非課税	3. 70歳以上	4. 無料クーポン

同日実施 特定健診 肺がん 大腸がん 胃がん

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名	カナ氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	川崎市 区	電話	

問診 (次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲み、お答えください。)

1 最近の月経 令和 () 年 () 月 () 日から () 日間 / 閉経した () 歳

2 妊娠回数 妊娠 () 回 分娩 () 回 3 最近の妊娠 () 歳

4 HPVワクチン (旧称: 子宮頸がん予防ワクチン) を受けたことがありますか 1 ない 2 ある 3 わからない

5 婦人科系以外の病気にかかったことはありますか 1 ない 2 ある (病名) 年 月頃)

6 婦人科系の病気にかかったことはありますか 1 ない 2 ある (病名) 年 月頃)

また、次に該当するものがありますか
(1)過去に子宮頸がん(浸潤がん) (2)子宮頸部の円錐切除術 (3)子宮摘出 (4)現在、子宮頸部の異形成や細胞診異常による経過観察中

7 家族の方で婦人科系のがんにかかったことがある人はいますか 1 ない 2 ある [子宮がん 卵巣がん 乳がん 誰が ()]

8 喫煙歴 1 ない 2 ある 9 女性ホルモン剤 (ピル等) を使用していますか 1 いいえ 2 はい ()

10 子宮内避妊用具を使用したことがありますか 1 ない 2 ある ()

11 最近6か月以内で、以下のような症状はありますか 1 ない 2 ある
(1)月経時以外の出血 (2)おりもの(ピンク色、茶色) (3)下腹部の痛み (4)その他()

12 過去5年間に子宮がん検診を受けたことがありますか)
1 ない 2 ある [前回 年 月頃 1 子宮頸がん 2 子宮体がん 検査結果 異常なし / 病名 ()]

13 検査の結果、検体不良等により要再検査となった場合、再検査については、自己負担の費用が発生する場合があります。 □

臨床所見 1. 異常なし 2. 子宮腔部びらん 3. 膣炎 4. 頸管ポリープ
5. 子宮筋腫 6. 付属器腫瘍:左・右 7. 悪性の疑い 8. その他()

コルポスコープ 1. 無 2. 有

検体の種類 1. 従来法 2. 液状検体法 採取方法 1. サイトピック® 2. ブラシ 3. ヘラ 4. その他()

細胞診	1. 適正 (判定可能)	1. NILM(陰性)	3. ASC-H(高度病変疑い)	4. LSIL(HPV感染・軽度異形成)
	2. 不適正 (判定不可能)	2. ASC-US(軽度病変疑い)	5. HSIL(中等度異形成・高度異形成・上皮内癌)	6. SCC(扁平上皮癌)
		7. AGC(腺異形成・腺癌疑い)	8. AIS(上皮内腺癌)	9. Adenocarcinoma(腺癌)
		10. Other(その他の悪性腫瘍)		

細胞診診断 1 異常なし 2 要精密検査 3 細胞診再検査を要す (塗抹不良・固定不良・標本破損)

コメント	サイン	MD	
		CT	

細胞診検査年月日 細胞診検査機関名

1. 精密検査不要

2. 子宮頸がん要精密検査 ⇒ ①自院で実施・②他院を紹介 (医療機関名)
(1) 直ちにコルポ診及び組織診 (2) HPVによるトリアージ (3) 6か月後、あるいは()か月後の細胞診

3. 要細胞診再検査 (細胞診不適正につき再検査)

要精密検査(子宮頸がん以外)ア. 頸管ポリープ・イ. 子宮筋腫・ウ. 付属器腫瘍:左・右・エ. その他()

医師サイン	検診区分	1 頸がん	2 頸がん+体がん	3 頸がん+体がん (採取不能)
-------	------	-------	-----------	------------------

医師のコメント

検診結果について、説明・指導を受けました。 令和 年 月 日 受診者署名

医師記載欄 来院しないので 結果を郵送 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送

備考:

川崎市子宮頸がん検診結果票

※ 昨年度(4月1日～3月31日)、川崎市の子宮がん検診を受診しましたか。 1 はい 2 いいえ

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上 4. 無料クーポン
同日実施	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃がん		

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名		カナ氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	川崎市 区			電話	

子宮頸がん検診結果のお知らせ

「総合判定」を御確認ください。

1. 精密検査不要

今回の検診結果では、異常は認められませんでした。今後も2年に1回、定期的に子宮頸がん検診をお受けください。なお、自覚症状等がありましたら、最寄りの医療機関で受診してください。

2. 子宮頸がん要精密検査

今回の検診結果では、○印の精密検査が必要ですので、医療機関で受けてください。

- 直ちにコルポ診及び組織診を受けてください。※拡大鏡で観察する検査
- 直ちにHPV検査を受けてください。
- 経過観察の必要がありますので、6か月後、あるいは()か月後に細胞診による精密検査を受けてください。

精密検査には『子宮頸がん検診結果票』『紹介状』『精密検査結果報告書』『健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等』を持参してください。

なお、精密検査の結果は、川崎市や関係医療機関で共有させていただきます。

3. 要細胞診再検査(細胞診不適正につき再検査)

今回の検診結果では、種々の要因で判定が困難でありました。『健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等』を持参のうえ、希望される医療機関で再度受診してください。

■ 要精密検査(子宮頸がん以外)

今回の検診結果では、その他の病気が疑われます。詳しい検査を行う必要がありますので、『子宮頸がん検診結果票』『健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等』を持参のうえ、希望される医療機関で受診してください。

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等をご持参ください。

注意)子宮頸がん検診は、死亡率及び罹患率の減少効果が科学的に認められていますが、検診で必ずがんを見つけられるわけではありません。

また、がんがなくても検診の結果が「陽性」となる場合があります。

※ 子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多く、また近年増加傾向にあります。

今後ご自身の健康を守るために、2年に1回、定期的に検診をお受けください。

※ この検診結果票は、健康管理のために必ず保管し、次回の受診時にお持ちください。

※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。

総合判定	1. 精密検査不要							
	2. 子宮頸がん要精密検査 ⇒ ①自院で実施 ・ ②他院を紹介 (医療機関名) (1) 直ちにコルポ診及び組織診 (2) HPVによるトリアージ (3) 6か月後、あるいは()か月後の細胞診							
医師サイン	3. 要細胞診再検査 (細胞診不適正につき再検査)							
	<input type="checkbox"/> 要精密検査(子宮頸がん以外)ア. 頸管ポリープ・イ. 子宮筋腫・ウ. 付属器腫瘍:左・右・エ. その他()							
医師サイン		検診区分	1	頸がん	2	頸がん+体がん	3	頸がん+体がん(採取不能)
医師のコメント								
検診結果について、説明・指導を受けました。 令和 年 月 日 受診者署名								
医師記載欄 来院しないので <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送								
備考:								

川崎市子宮頸がん検診申込書・記録票

※ 昨年度(4月1日～3月31日)、川崎市の子宮がん検診を受診しましたか。 1 はい 2 いいえ

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上 4. 無料クーポン

同日実施 特定健診 肺がん 大腸がん 胃がん

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名		カナ氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	川崎市 区	電話			

問診 (次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲み、お答えください。)

1 最近の月経 令和 () 年 () 月 () 日から () 日間 / 閉経した () 歳

2 妊娠回数 妊娠 () 回 分娩 () 回 3 最近の妊娠 () 歳

4 HPVワクチン (旧称: 子宮頸がん予防ワクチン) を受けたことがありますか 1 ない 2 ある 3 わからない

5 婦人科系以外の病気にかかったことはありますか 1 ない 2 ある (病名) 年 月頃)

6 婦人科系の病気にかかったことはありますか 1 ない 2 ある (病名) 年 月頃)

また、次に該当するものがありますか
 (1)過去に子宮頸がん(浸潤がん) (2)子宮頸部の円錐切除術 (3)子宮摘出 (4)現在、子宮頸部の異形成や細胞診異常による経過観察中

7 家族の方で婦人科系のがんにかかったことがある人はいますか 1 ない 2 ある [子宮がん 卵巣がん 乳がん 誰が ()]

8 喫煙歴 1 ない 2 ある 9 女性ホルモン剤 (ピル等) を使用していますか 1 いいえ 2 はい ()

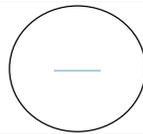
10 子宮内避妊用具を使用したことがありますか 1 ない 2 ある ()

11 最近6か月以内で、以下のような症状はありますか 1 ない 2 ある
 (1)月経時以外の出血 (2)おりもの(ピンク色、茶色) (3)下腹部の痛み (4)その他()

12 過去5年間に子宮がん検診を受けたことがありますか
 1 ない 2 ある [前回 年 月頃 1 子宮頸がん 2 子宮体がん 検査結果 異常なし / 病名 ()]

13 検査の結果、検体不良等により要再検査となった場合、再検査については、自己負担の費用が発生する場合があります。

臨床所見 1. 異常なし 2. 子宮腔部びらん 3. 膣炎 4. 頸管ポリープ
 5. 子宮筋腫 6. 付属器腫瘍:左・右 7. 悪性の疑い 8. その他()



コルポスコピー	1. 無 2. 有
検体の種類	1. 従来法 2. 液状検体法
採取方法	1. サイトピック® 2. ブラシ 3. ヘラ 4. その他()

細胞診	1. 適正 (判定可能)	1. NILM(陰性)	2. ASC-US(軽度病変疑い)	3. ASC-H(高度病変疑い)	4. LSIL(HPV感染・軽度異形成)
	2. 不適正 (判定不可能)	5. HSIL(中等度異形成・高度異形成・上皮内癌)	6. SCC(扁平上皮癌)	7. AGC(腺異形成・腺癌疑い)	8. AIS(上皮内腺癌)
		9. Adenocarcinoma(腺癌)	10. Other(その他の悪性腫瘍)		

細胞診診断 1 異常なし 2 要精密検査 3 細胞診再検査を要す (塗抹不良・固定不良・標本破損)

コメント		サイン	MD	
		CT		

細胞診検査年月日		細胞診検査機関名	
----------	--	----------	--

総合判定

1. 精密検査不要

2. 子宮頸がん要精密検査 ⇒ ①自院で実施・②他院を紹介 (医療機関名)
 (1) 直ちにコルポ診及び組織診 (2) HPVによるトリアージ (3) 6か月後、あるいは()か月後の細胞診

3. 要細胞診再検査 (細胞診不適正につき再検査)

要精密検査(子宮頸がん以外)ア. 頸管ポリープ・イ. 子宮筋腫・ウ. 付属器腫瘍:左・右・エ. その他()

医師サイン		検診区分	1 頸がん	2 頸がん+体がん	3 頸がん+体がん (採取不能)
-------	--	------	-------	-----------	------------------

医師のコメント

検診結果について、説明・指導を受けました。 令和 年 月 日 受診者署名

医師記載欄 来院しないので 結果を郵送 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送

備考:

川崎市子宮体がん検診申込書・記録票

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上
漢字氏名		カナ氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)

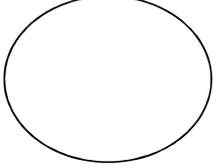
下記の「体がん該当項目」のいずれかに該当する方に対しては、第一選択として、十分な安全管理のもとで多様な検査を実施することができる医療機関の受診をお勧めします。

ただし、項目に該当する場合で、体部細胞診についての説明を受け（疼痛や出血を伴う等）、引き続き体部の細胞診を実施することについてご本人が同意する場合に限り、子宮頸がん検診に引き続いて子宮体部の細胞診を受けることができます。

なお、子宮体部の細胞診は、未産婦や帝王切開による分娩のみの経験をもつ方に対しては、子宮口閉鎖などにより細胞診の実施が困難な場合があります。

体がん該当項目	体がん検診を実施する場合、該当する項目に○をつけて下さい。 (ア)最近6か月以内に不正性器出血（一過性の少量の出血、閉経後出血等）の症状があった。 (イ)最近6か月以内に月経異常（過多月経、不規則月経）の症状があった。 (ウ)最近6か月以内に褐色帯下の症状があった。 (エ)その他医師が必要と認めた場合
問診	女性ホルモン剤（ピル等）を使用していますか 1 いいえ 2 はい（ ）
同意書	私は、子宮頸がん検診と併せて、子宮体がん検診を受診することに同意します。 年 月 日 受診者氏名自署

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

臨床所見	1. 異常なし 2. 子宮腔部びらん 3. 萎縮性炎症 4. 頸管ポリープ 5. 子宮筋腫 6. 付属器腫瘍：左・右 7. その他（ ）	
体部採取方法	1 吸引 2 擦過 3 採取不能	

細胞診報告	顕微鏡所見	表層細胞（ ） 中層細胞（ ） 深層細胞（ ） 頸管腺細胞（ ） 内膜腺細胞（ ） 赤血球（ ） 白血球（ ） 組織球（ ） 間質細胞（ ）
	細胞所見	1. 異常を認めず 2. 修復細胞 3. 内膜増殖症 4. 異型内膜増殖症 5. 内膜腺癌 6. その他
	結果	(1) 陰性 (2) 疑陽性 (3) 陽性 (4) 判定不能
	細胞診診断	1 異常なし 2 要精密検査 3 細胞診再検査を要す（塗抹不良・固定不良・標本破損）
	コメント	サイン MD CT
細胞診検査年月日		細胞診検査機関名

総合判定	1. 正常範囲 2. 経過観察 3. 要再検査 4. 要精密検査 ⇒ (1) 自院で実施 ・ (2) 他院を紹介(医療機関名) 5. 判定困難
	医師サイン
医師のコメント	
検診結果について、説明・指導を受けました。令和 年 月 日 受診者署名	
医師記載欄 来院しないので <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送	
備考:	

川崎市子宮体がん検診申込書・記録票

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上
漢字氏名		カナ氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)

下記の「体がん該当項目」のいずれかに該当する方に対しては、第一選択として、十分な安全管理のもとで多様な検査を実施することができる医療機関の受診をお勧めします。

ただし、項目に該当する場合で、体部細胞診についての説明を受け(疼痛や出血を伴う等)、引き続き体部の細胞診を実施することについてご本人が同意する場合に限り、子宮頸がん検診に引き続いて子宮体部の細胞診を受けることができます。

なお、子宮体部の細胞診は、未産婦や帝王切開による分娩のみの経験をもつ方に対しては、子宮口閉鎖などにより細胞診の実施が困難な場合があります。

体がん該当項目	体がん検診を実施する場合、該当する項目に○をつけて下さい。 (ア)最近6か月以内に不正性器出血(一過性の少量の出血、閉経後出血等)の症状があった。 (イ)最近6か月以内に月経異常(過多月経、不規則月経)の症状があった。 (ウ)最近6か月以内に褐色帯下の症状があった。 (エ)その他医師が必要と認めた場合
問診	女性ホルモン剤(ピル等)を使用していますか 1 いいえ 2 はい()
同意書	私は、子宮頸がん検診と併せて、子宮体がん検診を受診することに同意します。 年 月 日 受診者氏名自署 _____

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

臨床所見	1. 異常なし 2. 子宮腔部びらん 3. 萎縮性炎症 4. 頸管ポリープ 5. 子宮筋腫 6. 付属器腫瘍:左・右 7. その他()	
体部採取方法:	1 吸引 2 擦過 3 採取不能	

細胞診報告	顕微鏡所見	表層細胞() 中層細胞() 深層細胞() 頸管腺細胞() 内膜腺細胞() 赤血球() 白血球() 組織球() 間質細胞()			
	細胞所見	1. 異常を認めず 2. 修復細胞 3. 内膜増殖症 4. 異型内膜増殖症 5. 内膜腺癌 6. その他			
	結果	(1) 陰性 (2) 疑陽性 (3) 陽性 (4) 判定不能			
	細胞診診断	1 異常なし 2 要精密検査 3 細胞診再検査を要す(塗抹不良・固定不良・標本破損)			
	コメント			サイン	MD CT
細胞診検査年月日		細胞診検査機関名			

総合判定	1. 正常範囲 2. 経過観察 3. 要再検査 4. 要精密検査 ⇒ (1)自院で実施・(2)他院を紹介(医療機関名) 5. 判定困難
	医師サイン
医師のコメント	
検診結果について、説明・指導を受けました。 令和 年 月 日 受診者署名	
医師記載欄 来院しないので <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送 <input type="checkbox"/>	
備考:	

川崎市子宮体がん検診結果票

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名		
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上	
漢字氏名		カナ氏名	生年月日	明・大・昭・平
				年 月 日 (歳)

下記の「体がん該当項目」のいずれかに該当する方に対しては、第一選択として、十分な安全管理のもとで多様な検査を実施することができる医療機関の受診をお勧めします。

ただし、項目に該当する場合で、体部細胞診についての説明を受け（疼痛や出血を伴う等）、引き続き体部の細胞診を実施することについてご本人が同意する場合に限り、子宮頸がん検診に引き続いて子宮体部の細胞診を受けることができます。

なお、子宮体部の細胞診は、未産婦や帝王切開による分娩のみの経験をもつ方に対しては、子宮口閉鎖などにより細胞診の実施が困難な場合があります。

体がん該当項目	体がん検診を実施する場合、該当する項目に○をつけて下さい。 (ア)最近6か月以内に不正性器出血（一過性の少量の出血、閉経後出血等）の症状があった。 (イ)最近6か月以内に月経異常（過多月経、不規則月経）の症状があった。 (ウ)最近6か月以内に褐色帯下の症状があった。 (エ)その他医師が必要と認めた場合
問診	女性ホルモン剤（ピル等）を使用していますか 1 いいえ 2 はい（ ）
同意書	私は、子宮頸がん検診と併せて、子宮体がん検診を受診することに同意します。 年 月 日 受診者氏名自署

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

子宮体がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。○印が該当項目です。

1. 異常なし

今回の検診では、異常は認められませんでした。
なお、自覚症状等がありましたら、最寄りの医療機関で受診してください。

2. 経過観察

今回の検診結果では、経過観察の必要があります。
(3、6、12)か月後に『子宮体がん検診結果票』『健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等』を持参の上、今回受診した医療機関で受診してください。

3. 要再検査

今回の検診結果では、再検査の必要があります。
『子宮体がん検診結果票』『健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等』を持参のうえ、ただちに適切な医療機関で受診してください。

4. 要精密検査

今回の検診結果では、精密検査の必要があります。
『子宮体がん検診結果票』『精密検査結果報告書』『健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等』を持参のうえ、ただちに下記の医療機関で受診してください。

5. 判定困難

今回の検診結果では、種々の要因で判定が困難でありました。
『健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等』を持参の上、希望される医療機関で再度受診してください。

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等をご持参ください。

- ※ 今後もご自身の健康を守るために、定期的に検診をお受けください。
※ この検診結果票は、健康管理のために必ず保管し、次回の受診時にお持ちください。
※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。

総合判定	1. 正常範囲	2. 経過観察	3. 要再検査
	4. 要精密検査 ⇒ (1)自院で実施 ・ (2)他院を紹介(医療機関名) 5. 判定困難	
医師サイン			
医師のコメント			
検診結果について、説明・指導を受けました。 令和 年 月 日 受診者署名			
医師記載欄	来院しないので <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送 <input type="checkbox"/>		
備考:			

川崎市子宮体がん検診申込書・記録票

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上
漢字氏名		カナ氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）

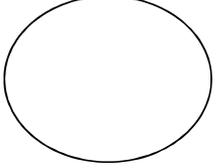
下記の「体がん該当項目」のいずれかに該当する方に対しては、第一選択として、十分な安全管理のもとで多様な検査を実施することができる医療機関の受診をお勧めします。

ただし、項目に該当する場合で、体部細胞診についての説明を受け（疼痛や出血を伴う等）、引き続き体部の細胞診を実施することについてご本人が同意する場合に限り、子宮頸がん検診に引き続いて子宮体部の細胞診を受けることができます。

なお、子宮体部の細胞診は、未産婦や帝王切開による分娩のみの経験をもつ方に対しては、子宮口閉鎖などにより細胞診の実施が困難な場合があります。

体がん該当項目	体がん検診を実施する場合、該当する項目に○をつけて下さい。 (ア)最近6か月以内に不正性器出血（一過性の少量の出血、閉経後出血等）の症状があった。 (イ)最近6か月以内に月経異常（過多月経、不規則月経）の症状があった。 (ウ)最近6か月以内に褐色帯下の症状があった。 (エ)その他医師が必要と認めた場合
問診	女性ホルモン剤（ピル等）を使用していますか 1 いいえ 2 はい（ ）
同意書	私は、子宮頸がん検診と併せて、子宮体がん検診を受診することに同意します。 年 月 日 受診者氏名自署

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

臨床所見	1. 異常なし 2. 子宮腔部びらん 3. 萎縮性炎症 4. 頸管ポリープ 5. 子宮筋腫 6. 付属器腫瘍：左・右 7. その他（ ）	
体部採取方法：	1 吸引 2 擦過 3 採取不能	

細胞診報告	顕微鏡所見	表層細胞（ ） 中層細胞（ ） 深層細胞（ ） 頸管腺細胞（ ） 内膜腺細胞（ ） 赤血球（ ） 白血球（ ） 組織球（ ） 間質細胞（ ）				
	細胞所見	1. 異常を認めず 2. 修復細胞 3. 内膜増殖症 4. 異型内膜増殖症 5. 内膜腺癌 6. その他				
	結果	(1) 陰性 (2) 疑陽性 (3) 陽性 (4) 判定不能				
	細胞診診断	1 異常なし 2 要精密検査 3 細胞診再検査を要す（塗抹不良・固定不良・標本破損）				
	コメント	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">サイン</td> <td>MD</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CT</td> <td></td> </tr> </table>	サイン	MD		CT
サイン	MD					
	CT					
細胞診検査年月日		細胞診検査機関名				

総合判定	1. 正常範囲 2. 経過観察 3. 要再検査 4. 要精密検査 ⇒ (1) 自院で実施 ・ (2) 他院を紹介(医療機関名) 5. 判定困難
	医師サイン
医師のコメント	
検診結果について、説明・指導を受けました。令和 年 月 日 受診者署名	
医師記載欄 来院しないので <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送 <input type="checkbox"/>	
備考：	

川崎市がん検診等委託料請求書

令和 年 月 日

(あて先) 川崎市長

医療機関コード

--	--	--	--	--	--

所在地

名称

開設者

令和 年 月 月中にがん検診等(医療機関実施)に要した費用として、次のとおり請求します。

区分	請求額(自己負担金あり)			請求額(自己負担金無し)			決定額	
	件数	単価(税込み)	金額	件数	単価(税込み)	金額	件数	金額
肺がん検診	初診料							
	胸部エックス線検査							
	喀痰検査							
	小計							
大腸がん検診	初診料							
	免疫学的便潜血検査							
	小計							
胃がん検診	初診料							
	胃部エックス線検査							
	胃部内視鏡検査							
	小計							
子宮がん検診	初診料							
	頸部のみ							
	頸部+体部							
	頸部+体部(採取不能)							
	コルポスコピー							
	小計							
乳がん検診	初診料							
	マンモグラフィ							
	小計							
骨粗しょう症検診	初診料							
	DXA法による腰椎測定							
	MD法・SXA法等							
	超音波法							
	小計							
合計								

- 注(1) 太線内のみ記入してください。
- (2) 請求書は2枚1組です。1枚目にすべての申込書・記録票を添付して健康福祉局健康増進課に提出してください。
 ※ 2枚目は切り離し、医療機関控としてお手元で保管ください。提出は不要です。
- (3) 翌月15日までが提出期限です。過ぎた場合には翌々月分として処理させていただきます。
- (4) 複数月分をまとめて請求する場合は、請求書は1部で結構です。
 ※ 前年度分の請求は、本年度分と分け、従来の請求書を用いて、別途請求書を作成してください。
 また、過年度分は別途処理させていただきます。

川崎市がん検診等委託料請求書

令和 年 月 日

(あて先) 川崎市 市長

医療機関コード

--	--	--	--	--

所在地

名称

開設者

令和 年 月中にがん検診等(医療機関実施)に要した費用として、次のとおり請求します。

区分	請求額(自己負担金あり)			請求額(自己負担金無し)			決定額	
	件数	単価(税込み)	金額	件数	単価(税込み)	金額	件数	金額
肺がん検診	初診料							
	胸部エックス線検査							
	喀痰検査							
	小計							
大腸がん検診	初診料							
	免疫学的便潜血検査							
	小計							
胃がん検診	初診料							
	胃部エックス線検査							
	胃部内視鏡検査							
	小計							
子宮がん検診	初診料							
	頸部のみ							
	頸部+体部							
	頸部+体部(採取不能)							
	コルポスコピー							
	小計							
乳がん検診	初診料							
	マンモグラフィ							
	小計							
骨粗しょう症検診	初診料							
	DXA法による腰椎測定							
	MD法・SXA法等							
	超音波法							
	小計							
合計								

- 注(1) 太線内のみ記入してください。
- (2) 請求書は2枚1組です。 1枚目にすべての申込書・記録票を添付して健康福祉局健康増進課に提出してください。
 ※ 2枚目は切り離し、医療機関控としてお手元で保管ください。提出は不要です。
- (3) 翌月15日までに提出期限です。過ぎた場合には翌々月分として処理させていただきます。
- (4) 複数月分をまとめて請求する場合は、請求書は1部で結構です。
 ※ 前年度分の請求は、本年度分と分け、従来の請求書を用いて、別途請求書を作成してください。
 また、過年度分は別途処理させていただきます。

川崎市子宮頸がん検診精密検査結果報告書

漢字氏名		カナ氏名		生年月日	1. 明 2. 大 3. 昭 4. 平 年 月 日
住所	川崎市 区				

一次検診実施医療機関		精密検査実施医療機関	
検診実施日	令和 年 月 日	精密検査実施日	令和 年 月 日
住所		住所	
名称		名称	
医師名		医師名	

貴院カルテ番号

検査結果	1 コルポスコーピー	実施の有無 a 実施しない b 実施した：令和 年 月 日					
		結果 a 異常所見あり b 異常所見なし					
	2 細胞診検査	実施の有無 a 実施しない b 実施した：令和 年 月 日					
		標本の状態 a 適正 b 不適正					
	結果	1 NILM	2 ASC-US	3 ASC-H	4 LSIL	5 HSIL	6 SCC
		7 AGC	8 AIS	9 Adenocarcinoma	10 Other		
	3 組織検査	実施の有無 a 実施しない b 実施した：令和 年 月 日					
		結果 ()					
	4 HPVトリアージ(細胞診判定結果がASC-USの場合のみ)	実施の有無 a 実施しない b 実施した：令和 年 月 日					
		結果 a 陰性 b 陽性 c 判定不能					

診断区分	<p>A 異常なし</p> <p>B CIN1 C CIN2 D CIN3 E HSIL (CIN2またはCIN3のいずれか区別できないもの)</p> <p>F AIS G 子宮頸がん IA期 H 子宮頸がん IB期以上</p> <p>I 子宮頸がん・AIS・CIN以外の疾患(転移性子宮頸がん含む)</p> <p>J 子宮頸がんの疑い(組織診にて子宮頸がん及びCIN・AISの異常を認めないが、細胞診にて異常が検出されたもの含む)</p> <p>K 未確定(精密検査が継続中で結果が確定していないものHPV検査のみ実施し、組織診未実施の者を含む)</p> <p>L A～Kにあてはまらないもの ※A～Kのいずれにもあてはまらない場合のみLに区分してください。</p> <p>※子宮頸部に病変がない悪性腫瘍(例:卵巣がん 子宮体部に限局する子宮がん)はLに区分してください。</p> <p>M 未受診</p>
------	--

その後の処置	<p>1 なし：次回の子宮頸がん検診に戻す</p> <p>2 定期的に経過観察 (か月後予定)</p> <p>3 治療予定 (a 要手術 b その他:)</p> <p>4 治療済み (令和 年 月 日)</p> <p>a 蒸散術 b 円錐切除術/LEEP c Hysterectomy d 放射線治療</p> <p>e その他 治療名()</p> <p>5 他院に紹介→医療機関名()</p>
--------	--

※本報告書は精度管理上必要であるため、川崎市健康福祉局健康増進課(川崎市川崎区宮本町1番地)への提出に御協力をお願いします。

川崎市子宮頸がん検診精密検査結果報告書

漢字氏名		カナ氏名		生年月日	1.明 2.大 3.昭 4.平 年 月 日
住所	川崎市 区				

一次検診実施医療機関			精密検査実施医療機関		
検診実施日	令和 年 月 日		精密検査実施日	令和 年 月 日	
住所			住所		
名称			名称		
医師名			医師名		

貴院カルテ番号

検査結果	1 コルポスコープ 実施の有無 a 実施しない b 実施した : 令和 年 月 日 結果 a 異常所見あり b 異常所見なし				
	2 細胞診検査 実施の有無 a 実施しない b 実施した : 令和 年 月 日 標本の状態 a 適正 b 不適正 結果 1 NILM 2 ASC-US 3 ASC-H 4 LSIL 5 HSIL 6 SCC 7 AGC 8 AIS 9 Adenocarcinoma 10 Other				
	3 組織検査 実施の有無 a 実施しない b 実施した : 令和 年 月 日 結果 ()				
	4 HPVトリアージ(細胞診判定結果がASC-USの場合のみ) 実施の有無 a 実施しない b 実施した : 令和 年 月 日 結果 a 陰性 b 陽性 c 判定不能				

診断区分	A 異常なし B CIN1 C CIN2 D CIN3 E HSIL (CIN2またはCIN3のいずれか区別できないもの) F AIS G 子宮頸がん IA期 H 子宮頸がん IB期以上 I 子宮頸がん・AIS・CIN以外の疾患(転移性子宮頸がん含む) J 子宮頸がんの疑い(組織診にて子宮頸がん及びCIN・AISの異常を認めないが、細胞診にて異常が検出されたもの含む) K 未確定(精密検査が継続中で結果が確定していないものHPV検査のみ実施し、組織診未実施の者を含む) L A~Kにあてはまらないもの ※A~Kのいずれにもあてはまらない場合のみLに区分してください。 ※子宮頸部に病変がない悪性腫瘍(例:卵巣がん 子宮体部に限局する子宮がん)はLに区分してください。 M 未受診				
------	--	--	--	--	--

その後の処置	1 なし : 次回の子宮頸がん検診に戻す 2 定期的に経過観察 (月 後予定) 3 治療予定 (a 要手術 b その他:) 4 治療済み (令和 年 月 日) a 蒸散術 b 円錐切除術/LEEP c Hysterectomy d 放射線治療 e その他 治療名 () 5 他院に紹介→医療機関名 ()				
--------	---	--	--	--	--

※本報告書は精度管理上必要であるため、川崎市健康福祉局健康増進課(川崎市川崎区宮本町1番地)への提出に御協力をお願いします。

川崎市子宮頸がん検診精密検査結果報告書

漢字氏名		カナ氏名		生年月日	1.明 2.大 3.昭 4.平 年 月 日
住所	川崎市 区				

一次検診実施医療機関			精密検査実施医療機関		
検診実施日	令和 年 月 日	精密検査実施日	令和 年 月 日		
住所		住所			
名称		名称			
医師名		医師名			

貴院カルテ番号

検査結果	1 コルポスコープ 実施の有無 a 実施しない b 実施した : 令和 年 月 日 結果 a 異常所見あり b 異常所見なし
	2 細胞診検査 実施の有無 a 実施しない b 実施した : 令和 年 月 日 標本の状態 a 適正 b 不適正 結果 1 NILM 2 ASC-US 3 ASC-H 4 LSIL 5 HSIL 6 SCC 7 AGC 8 AIS 9 Adenocarcinoma 10 Other
	3 組織検査 実施の有無 a 実施しない b 実施した : 令和 年 月 日 結果 ()
	4 HPVトリアージ(細胞診判定結果がASC-USの場合のみ) 実施の有無 a 実施しない b 実施した : 令和 年 月 日 結果 a 陰性 b 陽性 c 判定不能

診断区分	A 異常なし B CIN1 C CIN2 D CIN3 E HSIL(CIN2またはCIN3のいずれか区別できないもの) F AIS G 子宮頸がん IA期 H 子宮頸がん IB期以上 I 子宮頸がん・AIS・CIN以外の疾患(転移性子宮頸がん含む) J 子宮頸がんの疑い(組織診にて子宮頸がん及びCIN・AISの異常を認めないが、細胞診にて異常が検出されたもの含む) K 未確定(精密検査が継続中で結果が確定していないものHPV検査のみ実施し、組織診未実施の者を含む) L A~Kにあてはまらないもの ※A~Kのいずれにもあてはまらない場合のみLに区分してください。 ※子宮頸部に病変がない悪性腫瘍(例:卵巣がん 子宮体部に限局する子宮がん)はLに区分してください。 M 未受診
------	---

その後の処置	1 なし : 次回の子宮頸がん検診に戻す 2 定期的に経過観察 (月 後予定) 3 治療予定 (a 要手術 b その他:) 4 治療済み (令和 年 月 日) a 蒸散術 b 円錐切除術/LEEP c Hysterectomy d 放射線治療 e その他 治療名() 5 他院に紹介→医療機関名()
--------	---

※本報告書は精度管理上必要であるため、川崎市健康福祉局健康増進課(川崎市川崎区宮本町1番地)への提出に御協力をお願いします。

川崎市子宮体がん検診精密検査結果報告書

漢字氏名		カナ氏名		生年月日	1.明 2.大 3.昭 4.平 年 月 日
住所	川崎市 区				
一時検診実施医療機関			精密検査実施医療機関		
検診実施日	平成	年	月	日	検診実施日
住所					住所
名称					名称
医師名					医師名
貴院カルテ番号					
検査結果	1 細胞診検査 実施の有無 a 実施しない b 実施した：平成 年 月 日 結果（ ）				
	2 組織検査 実施の有無 a 実施しない b 実施した：平成 年 月 日 結果（ ）				
	3 その他 実施の有無 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	A 異常なし 1 異常なし 2 良性病変のみ				
	B 子宮内膜増殖症				
	C 悪性腫瘍 I期・II期・III期・IV期・その他の悪性腫瘍				
	D 体がんの疑い				
	E その他の疾患				
	F 確定せず ※精密検査受診者のうち、検査結果が確定していない者、組織診にて異常を認めないが細胞診にて異常が検出された者はFに区分してください。				
	G 未受診				
その後の処置	1 なし				
	2 定期的に経過観察（ か月後予定）				
	3 治療予定（a 要手術 b その他： ）				
	4 治療済み（平成 年 月 日）				
	5 他院に紹介 → 医療機関名（ ）				

※本報告書は精度管理上必要であるため、川崎市健康福祉局健康増進課（川崎市川崎区宮本町1番地）への提出に御協力をお願いします

川崎市子宮体がん検診精密検査結果報告書

漢字氏名		カナ氏名		生年月日	1.明 2.大 3.昭 4.平 年 月 日
住所	川崎市 区				
一時検診実施医療機関			精密検査実施医療機関		
検診実施日	平成	年	月	日	検診実施日
住所					住所
名称					名称
医師名					医師名
貴院カルテ番号					
検査結果	1 細胞診検査 実施の有無 a 実施しない b 実施した：平成 年 月 日 結果 ()				
	2 組織検査 実施の有無 a 実施しない b 実施した：平成 年 月 日 結果 ()				
	3 その他 実施の有無 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	A 異常なし 1 異常なし 2 良性病変のみ				
	B 子宮内膜増殖症				
	C 悪性腫瘍 I期・II期・III期・IV期・その他の悪性腫瘍				
	D 体がんの疑い				
	E その他の疾患				
	F 確定せず ※精密検査受診者のうち、検査結果が確定していない者、組織診にて異常を認めないが細胞診にて異常が検出された者はFに区分してください。				
その後の処置	G 未受診				
	1 なし				
	2 定期的に経過観察 (月 後予定)				
	3 治療予定 (a 要手術 b その他：)				
	4 治療済み (平成 年 月 日)				
5 他院に紹介 → 医療機関名 ()					

※本報告書は精度管理上必要であるため、川崎市健康福祉局健康増進課（川崎市川崎区宮本町1番地）への提出に御協力をお願いします

川崎市子宮体がん検診精密検査結果報告書

漢字氏名		カナ氏名		生年月日	1.明 2.大 3.昭 4.平 年 月 日
住所	川崎市 区				
一時検診実施医療機関			精密検査実施医療機関		
検診実施日	平成 年 月 日	検診実施日	平成 年 月 日		
住所名称		住所名称			
医師名		医師名			
貴院カルテ番号					
検査結果	1 細胞診検査 実施の有無 a 実施しない b 実施した：平成 年 月 日 結果 ()				
	2 組織検査 実施の有無 a 実施しない b 実施した：平成 年 月 日 結果 ()				
	3 その他 実施の有無 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	A 異常なし 1 異常なし 2 良性病変のみ				
	B 子宮内膜増殖症				
	C 悪性腫瘍 I期・II期・III期・IV期・その他の悪性腫瘍				
	D 体がんの疑い				
	E その他の疾患				
	F 確定せず ※精密検査受診者のうち、検査結果が確定していない者、組織診にて異常を認めないが細胞診にて異常が検出された者はFに区分してください。				
G 未受診					
その後の処置	1 なし				
	2 定期的に経過観察 (か月後予定)				
	3 治療予定 (a 要手術 b その他：)				
	4 治療済み (平成 年 月 日)				
	5 他院に紹介 → 医療機関名 ()				

※本報告書は精度管理上必要であるため、川崎市健康福祉局健康増進課（川崎市川崎区宮本町1番地）への提出に御協力をお願いします

川崎市がん検診精密検査紹介状

令和 年 月 日

_____ 御中

受診者氏名 (歳)

川崎市_____がん検診を実施しましたところ、別紙のと通りの結果を得ました。
_____がんについて、さらに検査が必要と思われるので、よろしくご高診をお願いいたします。

なお、精密検査の結果につきましては、別添の「精密検査結果報告書」にご記入いただき、同封の封筒にて川崎市健康福祉局あてにご提出くださいますようお願いいたします。

診 断

.....
.....
.....
.....

所在地

名 称

医 師