

Bảng câu hỏi khám sức khỏe Genki Sukoyaka/元気すこやか健診受診票 (Tầm soát ung thư cổ tử cung/子宮頸がん検診)

Ngày khám	Địa chỉ Higashihiroshima-shi	TEL - -	
Tên cơ quan y tế	Hiragana	Số tuổi cuối niên độ	Taisho · Showa · Heisei
Tên bác sĩ	Họ tên	tuổi	Sinh năm 年 tháng 月 ngày 日生
	Mã số Phiếu khám sức khỏe	Mục ghi bởi cơ quan y tế	Giấy chứng nhận miễn phí Có · Không

※Xin vui lòng điền vào các mục trong khung in đậm.

Phần điền bởi người khám sức khỏe	1. Cho đến nay, bạn đã bao giờ làm xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung chưa? <input type="checkbox"/> Đã từng (vào khoảng năm 年 tháng 月ごろ) <input type="checkbox"/> Chưa ↳ Kết quả kiểm tra <input type="checkbox"/> Phát hiện có bất thường () <input type="checkbox"/> Không có gì bất thường
	2. Cho đến nay, bạn có từng mắc bệnh về tử cung không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (tên bệnh : tuổi) <input type="checkbox"/> Hiện đang điều trị
	3. Xin vui lòng cung cấp thông tin về chu kỳ kinh nguyệt. Kinh nguyệt lần đầu tiên (tuổi) / Mãn kinh <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (tuổi) Kỳ kinh nguyệt gần đây nhất (từ tháng 月 ngày 日, kéo dài khoảng ngày日間)
	4. Xin vui lòng cung cấp thông tin về lịch sử mang thai. <input type="checkbox"/> Chưa <input type="checkbox"/> Rồi (Số lần mang thai 妊娠回数: lần回 / Số lần sinh con 分娩: lần回)
	5. Xin vui lòng đánh dấu vào ô tương ứng của các triệu chứng mà bạn gặp phải trong vòng 6 tháng qua. ① Vấn đề về kinh nguyệt <input type="checkbox"/> Không có gì <input type="checkbox"/> Có ↳ <input type="checkbox"/> Không đều <input type="checkbox"/> Lượng máu chảy ra nhiều <input type="checkbox"/> Đau dữ dội ② Xuất huyết bất thường <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có ↳ Lượng máu (<input type="checkbox"/> Ít <input type="checkbox"/> Nhiều) / Màu sắc (<input type="checkbox"/> Đỏ tươi) <input type="checkbox"/> Nâu <input type="checkbox"/> Hồng ③ Dịch âm đạo <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có ↳ Lượng (<input type="checkbox"/> Ít <input type="checkbox"/> Nhiều) / Màu sắc (<input type="checkbox"/> Không màu <input type="checkbox"/> Trắng <input type="checkbox"/> Vàng <input type="checkbox"/> Nâu) ④ Ngứa bộ phận sinh dục <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có ⑤ Khác ()
	6. Xin vui lòng đánh dấu vào ô tương ứng của tình trạng sức khỏe thời gian gần đây. <input type="checkbox"/> Đau lưng <input type="checkbox"/> Chán ăn <input type="checkbox"/> Sụt cân (kg) <input type="checkbox"/> Dễ mệt mỏi <input type="checkbox"/> Khác ()

Kết quả tầm soát ung thư cổ tử cung

	Khám trong (khám phụ khoa)	Xét nghiệm tế bào
	Chẩn đoán	Nhận định (phân loại Bethesda)
Phần điền bởi bác sĩ	① Không phát hiện bất thường	※Xin vui lòng khoanh tròn ○ vào kết quả chẩn đoán tương ứng.
	② Xói mòn/Viêm lộ tuyến cổ tử cung	① Không cần kiểm tra chi tiết (NILM)
	③ Viêm âm đạo (viêm âm đạo)	② Cần kiểm tra chi tiết (ASC-US)
	④ Polyp (ống cổ tử cung · nội mạc tử cung)	③ Cần kiểm tra chi tiết 1 ASC-H · LSIL · HSIL AGC · AIS
	⑤ Teo tử cung	④ Cần kiểm tra chi tiết 2 Adenocarcinoma · SCC · Khác
	⑥ Tử cung phì đại	⑤ Không thể đo lường giá trị
	⑦ U xơ tử cung	
	⑧ Khối u buồng trứng	
	⑨ Khác ()	
Kết quả nhận định	<input type="checkbox"/> Không phát hiện bất thường <input type="checkbox"/> Quan sát quá trình () <input type="checkbox"/> Yêu cầu kiểm tra chi tiết	
Mục xác nhận kiểm tra chi tiết	<input type="checkbox"/> Đã hoàn tất kiểm tra chi tiết <input type="checkbox"/> Dự định tiến hành kiểm tra chi tiết <input type="checkbox"/> Giới thiệu cơ sở y tế khác (cấp giấy giới thiệu) ↳ Hãy nhớ nhất định phải gửi lại thông báo kết quả kiểm tra chi tiết cho Thành phố	