

令和7年4月15日

仕 様 書

案件番号	4
------	---

納入期限	質疑書提出期限 ※持参又はFAXに限ります	同等品選定期限	見積書提出期限	地域要件
令和7年6月9日	令和7年4月17日 正午		令和7年4月22日 午後4時	市内業者

案件名 がん検診票外の印刷

納入場所 健康管理課

番号	品 名	仕様	数量	単位
1	胃がん検診(内視鏡)検診票	別紙印刷製本明細書のとおり	3,000	セット
2	胃がん検診(内視鏡)同意書	別紙印刷製本明細書のとおり	3,000	セット
3	大腸がん検診票	別紙印刷製本明細書のとおり	16,500	セット
4	乳がん検診票	別紙印刷製本明細書のとおり	3,500	セット
5	子宮頸がん検診票	別紙印刷製本明細書のとおり	5,500	セット

(特記事項)

※見本は健康管理課で閲覧できます。
※本件は、所沢市競争入札参加資格者名簿に記載されている者で、且つ「印刷」の業種を希望業種として登録している者のみ見積書の提出が可能です。なお、印刷製本の請負については、自社設備での印刷を原則としています。
※本件は郵送での見積書提出が可能です。見積書提出期限までに必ず契約課に届くよう、時間に余裕をもって郵送するようお願いします。
なお、郵便事情による配達遅延等で提出期限までに届かず、提出期限日までに契約課で受理できなかった見積書は無効となりますので、郵送にあたってはご注意ください。

発注課	担当者	電話	FAX
健康管理課	齋藤	04-2991-1811	04-2995-1178

印刷製本仕様明細書

種類	☐ 冊子 ☐ ポスター ☐ パンフレット ☐ チラシ・リーフレット ☐ 連続用紙 ☐ 伝票 ☐ 封筒 ☒ その他（複写式検診票）										
担当部署	健康管理課					担当者	齋藤美穂		TEL	04-2991-1811	
1 品名	胃がん検診(内視鏡)検診票										
2 製作部数	3,000 部										
3 規格	仕上	A4 判 3 頁									
	(封筒)	サイズ:					厚さ:				
		窓: ☐ 有 (種類) ☐ 無					糊: ☐ 有 (種類) ☐ 無				
	特記事項	感圧複写(青) 減感無									
4 表紙 (冊子等)	紙質				厚さ	判		kg	色		
	色数	色	背文字	☐ 有 ☐ 無		表2印刷		☐ 有 ☐ 無			
	表3印刷	☐ 有 ☐ 無		表4印刷		☐ 有 ☐ 無					
	特記事項										
5 構成	紙質	ノーカーボン紙			厚さ	判		kg	色		
	色数	色	組方	☐ 縦組 ☐ 横組							
	文字	ポイント		文字数	字 × 頁						
	写真	点 (原稿 ☐ 写真 ☐ ネガ ☐ データ)									
		※デジタルカメラで撮影した場合は、光沢紙によるプリントも提出すること。									
	イラスト	点 (原稿 ☐ 有 ☐ 無)									
	表・グラフ	点 (原稿 ☐ 有 ☐ 無)									
	中扉	枚 (色 厚さ)									
特記事項	白色用紙に黒字で印刷										
6 製本・加工	☐ 無線綴じ ☐ あじろ綴じ ☐ 中綴じ ☐ 平綴じ ☐ 綴じ穴 ☐ 化粧断ち ☐ 折り (項折り) ☐ その他 ()										
	特記事項	天セット糊									
7 原稿	引渡日	令和 7 年 4 月 24 日									
	原稿	☐ データ ☒ ダイレクト(紙) ☐ その他 ()									
	媒体	☐ MO ☐ CD-R ☐ クラウド ☒ その他 (見本のとおり)									
	ファイル形式	☐ PDF(推奨) ☐ テキストファイル → ソフト名: ☐ ワード ☐ エクセル ☐ その他 ()									
	入稿	☐ 完全データ入稿(データをそのまま印刷)									
		☐ データ入稿(印刷用に調整あり)									
☐ 基本データ入稿(版下の制作あり)											
※データによる原稿の場合は、PDF(推奨)又はテキストファイルで提出し、テキストファイルの場合は、ソフト名(ワード等)を明記すること。また、内容確認のため、一部出力したものを提出すること。 ※依頼時に原稿等を添付できない場合は、引渡日を記入すること。											
8 校正	☐ 本紙校正 回 ☒ 簡易校正 2 回										
9 納品	納期	令和 7 年 6 月 9 日 (月)									
	納入場所	健康管理課									
	梱包・配送	☒ 指定なし ☐ 指定あり ()									

※ 紙質は、原則として再生紙を利用し、古紙パルプ配合率の高いものを使用してください。

印刷製本仕様明細書

種類	☐ 冊子 ☐ ポスター ☐ パンフレット ☐ チラシ・リーフレット ☐ 連続用紙 ☐ 伝票 ☐ 封筒 ☒ その他（複写式検診同意書）										
担当部署	健康管理課					担当者	齋藤美穂		TEL	04-2991-1811	
1 品名	胃がん検診(内視鏡)同意書										
2 製作部数	3,000 部										
3 規格	仕上	A4 判 3 頁									
	(封筒)	サイズ:					厚さ:				
		窓: ☐ 有 (種類) ☐ 無					糊: ☐ 有 (種類) ☐ 無				
	特記事項	感圧複写(青)、減感無									
4 表紙 (冊子等)	紙質				厚さ	判		kg	色		
	色数	色	背文字	☐ 有 ☐ 無		表2印刷		☐ 有 ☐ 無			
	表3印刷	☐ 有 ☐ 無		表4印刷		☐ 有 ☐ 無					
	特記事項										
5 構成	紙質	ノーカーボン紙			厚さ	判		kg	色		
	色数	色	組方	☐ 縦組 ☐ 横組							
	文字	ポイント		文字数	字 × 頁						
	写真	点 (原稿 ☐ 写真 ☐ ネガ ☐ データ)									
		※デジタルカメラで撮影した場合は、光沢紙によるプリントも提出すること。									
	イラスト	点 (原稿 ☐ 有 ☐ 無)									
	表・グラフ	点 (原稿 ☐ 有 ☐ 無)									
	中扉	枚 (色 厚さ)									
特記事項	白色用紙に黒字で印刷										
6 製本・加工	☐ 無線綴じ ☐ あじろ綴じ ☐ 中綴じ ☐ 平綴じ ☐ 綴じ穴 ☐ 化粧断ち ☐ 折り (項折り) ☐ その他 ()										
	特記事項	天セット糊									
7 原稿	引渡日	令和 7 年 4 月 24 日									
	原稿	☐ データ ☒ ダイレクト(紙) ☐ その他 ()									
	媒体	☐ MO ☐ CD-R ☐ クラウド ☒ その他 (見本のとおり)									
	ファイル形式	☐ PDF(推奨) ☐ テキストファイル → ソフト名: ☐ ワード ☐ エクセル ☐ その他 ()									
	入稿	☐ 完全データ入稿(データをそのまま印刷)									
		☐ データ入稿(印刷用に調整あり)									
☐ 基本データ入稿(版下の制作あり)											
※データによる原稿の場合は、PDF(推奨)又はテキストファイルで提出し、テキストファイルの場合は、ソフト名(ワード等)を明記すること。また、内容確認のため、一部出力したものを提出すること。 ※依頼時に原稿等を添付できない場合は、引渡日を記入すること。											
8 校正	☐ 本紙校正 回 ☒ 簡易校正 2 回										
9 納品	納期	令和 7 年 6 月 9 日 (月)									
	納入場所	健康管理課									
	梱包・配送	☒ 指定なし ☐ 指定あり ()									

※ 紙質は、原則として再生紙を利用し、古紙パルプ配合率の高いものを使用してください。

印刷製本仕様明細書

種類	☐ 冊子 ☐ ポスター ☐ パンフレット ☐ チラシ・リーフレット ☐ 連続用紙 ☐ 伝票 ☐ 封筒 ☒ その他（複写式検診票）										
担当部署	健康管理課					担当者	齋藤美穂		TEL	04-2991-1811	
1 品名	大腸がん検診票										
2 製作部数	16,500 部										
3 規格	仕上	A4 判 3 頁									
	(封筒)	サイズ:					厚さ:				
		窓: ☐ 有 (種類) ☐ 無					糊: ☐ 有 (種類) ☐ 無				
	特記事項	感圧複写(青)、減感無									
4 表紙 (冊子等)	紙質				厚さ	判		kg	色		
	色数	色		背文字	☐ 有 ☐ 無		表2印刷	☐ 有 ☐ 無			
	表3印刷	☐ 有 ☐ 無		表4印刷	☐ 有 ☐ 無						
	特記事項										
5 構成	紙質	ノーカーボン紙			厚さ	判		kg	色		
	色数	色		組方	☐ 縦組 ☐ 横組						
	文字	ポイント		文字数	字 ×		頁				
	写真	点 (原稿 ☐ 写真 ☐ ネガ ☐ データ)									
		※デジタルカメラで撮影した場合は、光沢紙によるプリントも提出すること。									
	イラスト	点 (原稿 ☐ 有 ☐ 無)									
	表・グラフ	点 (原稿 ☐ 有 ☐ 無)									
	中扉	枚 (色 厚さ)									
特記事項	白色用紙に青字で印刷										
6 製本・加工	☐ 無線綴じ ☐ あじろ綴じ ☐ 中綴じ ☐ 平綴じ ☐ 綴じ穴 ☐ 化粧断ち ☐ 折り (項折り) ☐ その他 ()										
	特記事項	天セット糊									
7 原稿	引渡日	令和 7 年 4 月 24 日									
	原稿	☐ データ ☒ ダイレクト(紙) ☐ その他 ()									
	媒体	☐ MO ☐ CD-R ☐ クラウド ☒ その他 (見本のとおり)									
	ファイル形式	☐ PDF(推奨) ☐ テキストファイル → ソフト名: ☐ ワード ☐ エクセル ☐ その他 ()									
	入稿	☐ 完全データ入稿(データをそのまま印刷)									
		☐ データ入稿(印刷用に調整あり)									
☐ 基本データ入稿(版下の制作あり)											
※データによる原稿の場合は、PDF(推奨)又はテキストファイルで提出し、テキストファイルの場合は、ソフト名(ワード等)を明記すること。また、内容確認のため、一部出力したものを提出すること。 ※依頼時に原稿等を添付できない場合は、引渡日を記入すること。											
8 校正	☐ 本紙校正 回 ☒ 簡易校正 2 回										
9 納品	納期	令和 7 年 6 月 9 日 (月)									
	納入場所	健康管理課									
	梱包・配送	☒ 指定なし ☐ 指定あり ()									

※ 紙質は、原則として再生紙を利用し、古紙パルプ配合率の高いものを使用してください。

印刷製本仕様明細書

種類	☐ 冊子 ☐ ポスター ☐ パンフレット ☐ チラシ・リーフレット ☐ 連続用紙 ☐ 伝票 ☐ 封筒 ☒ その他（ 複写式検診票 ）										
担当部署	健康管理課					担当者	齋藤美穂		TEL	04-2991-1811	
1 品名	乳がん検診票										
2 製作部数	3,500 部										
3 規格	仕上	A4 判 3 頁									
	(封筒)	サイズ:					厚さ:				
		窓: ☐ 有 (種類) ☐ 無					糊: ☐ 有 (種類) ☐ 無				
	特記事項	感圧複写(青)、減感有									
4 表紙 (冊子等)	紙質				厚さ	判		kg	色		
	色数	色		背文字	☐ 有 ☐ 無		表2印刷	☐ 有 ☐ 無			
	表3印刷	☐ 有 ☐ 無		表4印刷	☐ 有 ☐ 無						
	特記事項	ピンク色用紙に黒字で印刷									
5 構成	紙質	ノーカーボン紙			厚さ	判		kg	色		
	色数	色		組方	☐ 縦組 ☐ 横組						
	文字	ポイント		文字数	字 ×		頁				
	写真	点 (原稿 ☐ 写真 ☐ ネガ ☐ データ)									
		※デジタルカメラで撮影した場合は、光沢紙によるプリントも提出すること。									
	イラスト	点 (原稿 ☐ 有 ☐ 無)									
	表・グラフ	点 (原稿 ☐ 有 ☐ 無)									
	中扉	枚 (色 厚さ)									
特記事項											
6 製本・加工	☐ 無線綴じ ☐ あじろ綴じ ☐ 中綴じ ☐ 平綴じ ☒ 綴じ穴 ☐ 化粧断ち ☐ 折り (項折り) ☐ その他 ()										
	特記事項	天セット糊									
7 原稿	引渡日	令和 7 年 4 月 24 日									
	原稿	☐ データ ☒ ダイレクト(紙) ☐ その他 ()									
	媒体	☐ MO ☐ CD-R ☐ クラウド ☒ その他 (見本のとおり)									
	ファイル形式	☐ PDF(推奨) ☐ テキストファイル → ソフト名: ☐ ワード ☐ エクセル ☐ その他 ()									
	入稿	☐ 完全データ入稿(データをそのまま印刷)									
		☐ データ入稿(印刷用に調整あり)									
☐ 基本データ入稿(版下の制作あり)											
※データによる原稿の場合は、PDF(推奨)又はテキストファイルで提出し、テキストファイルの場合は、ソフト名(ワード等)を明記すること。また、内容確認のため、一部出力したものを提出すること。 ※依頼時に原稿等を添付できない場合は、引渡日を記入すること。											
8 校正	☐ 本紙校正 回 ☒ 簡易校正 2 回										
9 納品	納期	令和 7 年 6 月 9 日 (月)									
	納入場所	健康管理課									
	梱包・配送	☒ 指定なし ☐ 指定あり ()									

※ 紙質は、原則として再生紙を利用し、古紙パルプ配合率の高いものを使用してください。

印刷製本仕様明細書

種類	☐ 冊子 ☐ ポスター ☐ パンフレット ☐ チラシ・リーフレット ☐ 連続用紙 ☐ 伝票 ☐ 封筒 ☒ その他（複写式検診票）										
担当部署	健康管理課					担当者	齋藤美穂		TEL	04-2991-1811	
1 品名	子宮頸がん検診票										
2 製作部数	5,500 部										
3 規格	仕上	A4 判 3 頁									
	(封筒)	サイズ:					厚さ:				
		窓: ☐ 有 (種類) ☐ 無					糊: ☐ 有 (種類) ☐ 無				
	特記事項	感圧複写(青) 減感有									
4 表紙 (冊子等)	紙質				厚さ	判		kg	色		
	色数	色		背文字	☐ 有 ☐ 無		表2印刷	☐ 有 ☐ 無			
	表3印刷	☐ 有 ☐ 無		表4印刷	☐ 有 ☐ 無						
	特記事項	水色用紙に黒字で印刷									
5 構成	紙質	ノーカーボン紙			厚さ	判		kg	色		
	色数	色		組方	☐ 縦組 ☐ 横組						
	文字	ポイント		文字数	字 ×		頁				
	写真	点 (原稿 ☐ 写真 ☐ ネガ ☐ データ)									
		※デジタルカメラで撮影した場合は、光沢紙によるプリントも提出すること。									
	イラスト	点 (原稿 ☐ 有 ☐ 無)									
	表・グラフ	点 (原稿 ☐ 有 ☐ 無)									
	中扉	枚 (色 厚さ)									
特記事項											
6 製本・加工	☐ 無線綴じ ☐ あじろ綴じ ☐ 中綴じ ☐ 平綴じ ☒ 綴じ穴 ☐ 化粧断ち ☐ 折り (項折り) ☐ その他 ()										
	特記事項	天セット糊									
7 原稿	引渡日	令和 7 年 4 月 24 日									
	原稿	☐ データ ☒ ダイレクト(紙) ☐ その他 ()									
	媒体	☐ MO ☐ CD-R ☐ クラウド ☒ その他 (見本のとおり)									
	ファイル形式	☐ PDF(推奨) ☐ テキストファイル → ソフト名: ☐ ワード ☐ エクセル ☐ その他 ()									
	入稿	☐ 完全データ入稿(データをそのまま印刷)									
		☐ データ入稿(印刷用に調整あり)									
☐ 基本データ入稿(版下の制作あり)											
※データによる原稿の場合は、PDF(推奨)又はテキストファイルで提出し、テキストファイルの場合は、ソフト名(ワード等)を明記すること。また、内容確認のため、一部出力したものを提出すること。 ※依頼時に原稿等を添付できない場合は、引渡日を記入すること。											
8 校正	☐ 本紙校正 回 ☒ 簡易校正 2 回										
9 納品	納期	令和 7 年 6 月 9 日 (月)									
	納入場所	健康管理課									
	梱包・配送	☒ 指定なし ☐ 指定あり ()									

※ 紙質は、原則として再生紙を利用し、古紙パルプ配合率の高いものを使用してください。

令和7年度 所沢市胃がん検診（内視鏡）検診票

▼太枠内を強めに記入してください。

住 所	〒 359- 所沢市		【受診券貼付欄】 受診券シールを枠内に 貼り付けてください。					
フリガナ								
氏 名			様					
生年月日	昭和	年	月	日	年 齢	歳	性別	男 ・ 女
受 診 日	令和	年	月	日	電話番号	()		

妊娠中の方、胃の病気(胃潰瘍など)で治療中の方、胃を全摘出した方は受診できません。

▼次の質問にお答えください。

問診事項		回答欄			医師記入欄
1	胃がんにかかったことはありますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
2	ピロリ菌の除菌を受けたことはありますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
3	薬物アレルギーはありますか はいの場合 ⇒ (薬の種類：)	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
4	現在、高血圧の治療を受けていますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
5	抗血栓薬(ワルファリン、バファリンなど)を服用していますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
6	狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
7	入れ歯をしていますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
8	下記の病気で治療を受けていますか はいの場合 ⇒ ☐ 緑内障 ☐ 前立腺肥大 ☐ 甲状腺機能亢進症 ☐ 心肥大	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
9	下記の鼻の病気をしたことがありますか はいの場合 ⇒ ☐ 副鼻腔炎 ☐ 鼻茸 ☐ アレルギー性鼻炎	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
10	歯の治療で麻酔を使ったことがありますか はいの場合 ⇒ 歯の治療の麻酔を使ったときに、何か問題はありましたか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
11	鼻腔の手術をしたことがありますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
12	タバコは吸っていますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ やめた	
13	お酒は飲みますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
14	家族に胃がんにかかった人はいますか はいの場合 ⇒ (☐ 父 ☐ 母 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 兄弟/姉妹 ☐ 祖母 ☐ 祖父)	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
	以前に胃がん検診を受けたことがありますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
15	はい、と回答した方は、もっとも最近の検査について以下の(1)～(3)をご記入ください				
	(1)どちらで受けましたか ☐ 市区町村(所沢市の検診含む) ☐ 職場 ☐ 人間ドック ☐ その他：				
	(2)検査の方法 ☐ 胃X線(バリウム)検査 ☐ 胃内視鏡検査 ☐ 血液検査(ペプシノゲン検査、ピロリ菌検査)				
	(3)検査の時期 年 月 (歳)				

実施医療機関名	医師名

令和7年度 所沢市胃がん検診（内視鏡）検診票

▼太枠内を強めに記入してください。

住 所	〒 359- 所沢市		【使用不可】 受診券シールは1枚目に 貼り付けてください					
フリガナ								
氏 名			様					
生年月日	昭和	年	月	日	年 齢	歳	性別	男 ・ 女
受 診 日	令和	年	月	日	電話番号	()		

妊娠中の方、胃の病気(胃潰瘍など)で治療中の方、胃を全摘出した方は受診できません。

▼次の質問にお答えください。

問診事項		回答欄			医師記入欄
1	胃がんにかかったことはありますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
2	ピロリ菌の除菌を受けたことはありますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
3	薬物アレルギーはありますか はいの場合 ⇒ (薬の種類：)	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
4	現在、高血圧の治療を受けていますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
5	抗血栓薬(ワルファリン、バファリンなど)を服用していますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
6	狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
7	入れ歯をしていますか	☐ いいえ	☐ はい		
8	下記の病気で治療を受けていますか はいの場合 ⇒ ☐ 緑内障 ☐ 前立腺肥大 ☐ 甲状腺機能亢進症 ☐ 心肥大	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
9	下記の鼻の病気をしたことがありますか はいの場合 ⇒ ☐ 副鼻腔炎 ☐ 鼻茸 ☐ アレルギー性鼻炎	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
10	歯の治療で麻酔を使ったことがありますか はいの場合 ⇒ 歯の治療の麻酔を使ったときに、何か問題はありましたか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
11	鼻腔の手術をしたことがありますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
12	タバコは吸っていますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ やめた	
13	お酒は飲みますか	☐ いいえ	☐ はい		
14	家族に胃がんにかかった人はいますか はいの場合 ⇒ (☐ 父 ☐ 母 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 兄弟/姉妹 ☐ 祖母 ☐ 祖父)	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
	以前に胃がん検診を受けたことがありますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
15	はい、と回答した方は、もっとも最近の検査について以下の(1)～(3)をご記入ください (1)どちらで受けましたか ☐市区町村(所沢市の検診含む) ☐職場 ☐人間ドック ☐その他： (2)検査の方法 ☐胃X線(バリウム)検査 ☐胃内視鏡検査 ☐血液検査(ペプシノゲン検査、ピロリ菌検査) (3)検査の時期 年 月 (歳)				

実施医療機関名	医師名

令和7年度 所沢市胃がん検診（内視鏡）検診票

▼太枠内を強めに記入してください。

住 所	〒 359- 所沢市		【使用不可】 受診券シールは1枚目に 貼り付けてください					
フリガナ								
氏 名			様					
生年月日	昭和	年	月	日	年 齢	歳	性別	男 ・ 女
受 診 日	令和	年	月	日	電話番号	()		

妊娠中の方、胃の病気(胃潰瘍など)で治療中の方、胃を全摘出した方は受診できません。

▼次の質問にお答えください。

問診事項		回答欄			医師記入欄
1	胃がんにかかったことはありますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
2	ピロリ菌の除菌を受けたことはありますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
3	薬物アレルギーはありますか はいの場合 ⇒ (薬の種類：)	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
4	現在、高血圧の治療を受けていますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
5	抗血栓薬(ワルファリン、バファリンなど)を服用していますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
6	狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
7	入れ歯をしていますか	☐ いいえ	☐ はい		
8	下記の病気で治療を受けていますか はいの場合 ⇒ ☐ 緑内障 ☐ 前立腺肥大 ☐ 甲状腺機能亢進症 ☐ 心肥大	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
9	下記の鼻の病気をしたことがありますか はいの場合 ⇒ ☐ 副鼻腔炎 ☐ 鼻茸 ☐ アレルギー性鼻炎	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
10	歯の治療で麻酔を使ったことがありますか はいの場合 ⇒ 歯の治療の麻酔を使ったときに、何か問題はありましたか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
11	鼻腔の手術をしたことがありますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
12	タバコは吸っていますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ やめた	
13	お酒は飲みますか	☐ いいえ	☐ はい		
14	家族に胃がんにかかった人はいますか はいの場合 ⇒ (☐ 父 ☐ 母 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 兄弟/姉妹 ☐ 祖母 ☐ 祖父)	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
	以前に胃がん検診を受けたことがありますか	☐ いいえ	☐ はい	☐ 不明	
15	はい、と回答した方は、もっとも最近の検査について以下の(1)～(3)をご記入ください				
	(1)どちらで受けましたか ☐ 市区町村(所沢市の検診含む) ☐ 職場 ☐ 人間ドック ☐ その他：				
	(2)検査の方法 ☐ 胃X線(バリウム)検査 ☐ 胃内視鏡検査 ☐ 血液検査(ペプシノゲン検査、ピロリ菌検査)				
	(3)検査の時期 年 月 (歳)				

実施医療機関名	医師名

所沢市胃がん検診内視鏡検査同意書

【胃がん検診の目的と方法】

胃がん検診は、症状がない時期にできるだけ早く胃がんを見つけ、早く治療する目的で行われています。その方法には、バリウムを用いる方法(胃X線撮影)と内視鏡を用いる方法(胃内視鏡検査)があり、いずれもその効果が証明されています。また、両者の方法には良いところと悪いところがあります。

【胃内視鏡検査の方法】

口から胃内視鏡を挿入する<経口内視鏡>と、鼻から胃内視鏡を挿入する<経鼻内視鏡>があります。<経口内視鏡>は咽頭(のど)に麻酔を行います。<経鼻内視鏡>は内視鏡挿入時の鼻からの出血予防などのために鼻腔内に局所血管収縮薬を投薬し、その後、鼻腔麻酔を行います。ただし、鼻腔が狭い、鼻から出血しやすいなど、鼻からの内視鏡の挿入が困難な場合は、経口内視鏡に変更する場合があります。

※所沢市胃がん検診内視鏡検査では、咽頭及び鼻腔以外の麻酔は行いません。

どちらの方法も、食道・胃・十二指腸を内腔から観察し、病気を探します。異常がある場合には色素を散布して病変を見やすくすることがあります。

なお、検査により粘膜に傷ができる可能性があるため、検査後当日の食事はやわらかい消化の良いものを食べてください。過激な運動、長湯、旅行なども避けてください。

また、**生検(病変の一部をつまみ取ること)が行われた場合は、生検については保険診療として別途請求があります。**当日は健康保険証を持参してください。

【偶発症】

偶発症が発生する頻度は、胃内視鏡検診では10万件に78件と全国調査により報告されています。この中には鼻出血などの軽微なものから入院例まで含まれています。現在、胃内視鏡検診による死亡事故は報告されていませんが、ごくまれに死亡の可能性もあります。

胃内視鏡検査では、以下の偶発症が起きる可能性があります。

- 1) 胃内視鏡により粘膜に傷がつくことや、出血、穿孔(穴があくこと)
- 2) 薬剤によるアレルギー(呼吸困難、血圧低下など)
- 3) 検査前からあった疾患の悪化(症状の出ていなかった疾患も含む)
- 4) 鼻痛や鼻出血 ※経鼻内視鏡の場合

偶発症の防止のために十分な注意を払うとともに、偶発症が発生した場合には最善の対応をいたします。

【その他】

結果判定のため、内視鏡検査実施医療機関から所沢市医師会の読影委員会へ検診データを提供します。この検診で得られた情報は、あなたの健康状態の把握(精密検査、治療など)、及び個人を特定する情報を除いて、検査の精度管理や疫学的な調査・研究などに活用することがあります。

結果に関する個人情報は、「個人情報保護に関する法律」並びに「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」に基づいて適切にお取り扱いします。

上記の事項について、説明を受け、十分に理解しましたので、その実施に同意いたします。

令和 年 月 日 説明医師名 _____

令和 年 月 日 受診者署名 _____

(受診者代理署名

続柄：)

所沢市胃がん検診内視鏡検査同意書

【胃がん検診の目的と方法】

胃がん検診は、症状がない時期にできるだけ早く胃がんを見つけ、早く治療する目的で行われています。その方法には、バリウムを用いる方法(胃X線撮影)と内視鏡を用いる方法(胃内視鏡検査)があり、いずれもその効果が証明されています。また、両者の方法には良いところと悪いところがあります。

【胃内視鏡検査の方法】

口から胃内視鏡を挿入する<経口内視鏡>と、鼻から胃内視鏡を挿入する<経鼻内視鏡>があります。<経口内視鏡>は咽頭(のど)に麻酔を行います。<経鼻内視鏡>は内視鏡挿入時の鼻からの出血予防などのために鼻腔内に局所血管収縮薬を投薬し、その後、鼻腔麻酔を行います。ただし、鼻腔が狭い、鼻から出血しやすいなど、鼻からの内視鏡の挿入が困難な場合は、経口内視鏡に変更する場合があります。

※所沢市胃がん検診内視鏡検査では、咽頭及び鼻腔以外の麻酔は行いません。

どちらの方法も、食道・胃・十二指腸を内腔から観察し、病気を探します。異常がある場合には色素を散布して病変を見やすくすることがあります。

なお、検査により粘膜に傷ができる可能性があるため、検査後当日の食事はやわらかい消化の良いものを食べてください。過激な運動、長湯、旅行なども避けてください。

また、**生検(病変の一部をつまみ取ること)が行われた場合は、生検については保険診療として別途請求があります。**当日は健康保険証を持参してください。

【偶発症】

偶発症が発生する頻度は、胃内視鏡検診では10万件に78件と全国調査により報告されています。この中には鼻出血などの軽微なものから入院例まで含まれています。現在、胃内視鏡検診による死亡事故は報告されていませんが、ごくまれに死亡の可能性もあります。

胃内視鏡検査では、以下の偶発症が起きる可能性があります。

- 1) 胃内視鏡により粘膜に傷がつくことや、出血、穿孔(穴があくこと)
- 2) 薬剤によるアレルギー(呼吸困難、血圧低下など)
- 3) 検査前からあった疾患の悪化(症状の出ていなかった疾患も含む)
- 4) 鼻痛や鼻出血 ※経鼻内視鏡の場合

偶発症の防止のために十分な注意を払うとともに、偶発症が発生した場合には最善の対応をいたします。

【その他】

結果判定のため、内視鏡検査実施医療機関から所沢市医師会の読影委員会へ検診データを提供します。この検診で得られた情報は、あなたの健康状態の把握(精密検査、治療など)、及び個人を特定する情報を除いて、検査の精度管理や疫学的な調査・研究などに活用することがあります。

結果に関する個人情報、**「個人情報保護に関する法律」並びに「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」**に基づいて適切にお取り扱いします。

上記の事項について、説明を受け、十分に理解しましたので、その実施に同意いたします。

令和 年 月 日 説明医師名 _____

令和 年 月 日 受診者署名 _____

(受診者代理署名

続柄：)

所沢市胃がん検診内視鏡検査同意書

【胃がん検診の目的と方法】

胃がん検診は、症状がない時期にできるだけ早く胃がんを見つけ、早く治療する目的で行われています。その方法には、バリウムを用いる方法(胃X線撮影)と内視鏡を用いる方法(胃内視鏡検査)があり、いずれもその効果が証明されています。また、両者の方法には良いところと悪いところがあります。

【胃内視鏡検査の方法】

口から胃内視鏡を挿入する<経口内視鏡>と、鼻から胃内視鏡を挿入する<経鼻内視鏡>があります。<経口内視鏡>は咽頭(のど)に麻酔を行います。<経鼻内視鏡>は内視鏡挿入時の鼻からの出血予防などのために鼻腔内に局所血管収縮薬を投薬し、その後、鼻腔麻酔を行います。ただし、鼻腔が狭い、鼻から出血しやすいなど、鼻からの内視鏡の挿入が困難な場合は、経口内視鏡に変更する場合があります。

※所沢市胃がん検診内視鏡検査では、咽頭及び鼻腔以外の麻酔は行いません。

どちらの方法も、食道・胃・十二指腸を内腔から観察し、病気を探します。異常がある場合には色素を散布して病変を見やすくすることがあります。

なお、検査により粘膜に傷ができる可能性があるため、検査後当日の食事はやわらかい消化の良いものを食べてください。過激な運動、長湯、旅行なども避けてください。

また、**生検(病変の一部をつまみ取ること)が行われた場合は、生検については保険診療として別途請求があります。**当日は健康保険証を持参してください。

【偶発症】

偶発症が発生する頻度は、胃内視鏡検診では10万件に78件と全国調査により報告されています。この中には鼻出血などの軽微なものから入院例まで含まれています。現在、胃内視鏡検診による死亡事故は報告されていませんが、ごくまれに死亡の可能性もあります。

胃内視鏡検査では、以下の偶発症が起きる可能性があります。

- 1) 胃内視鏡により粘膜に傷がつくことや、出血、穿孔(穴があくこと)
- 2) 薬剤によるアレルギー(呼吸困難、血圧低下など)
- 3) 検査前からあった疾患の悪化(症状の出ていなかった疾患も含む)
- 4) 鼻痛や鼻出血 ※経鼻内視鏡の場合

偶発症の防止のために十分な注意を払うとともに、偶発症が発生した場合には最善の対応をいたします。

【その他】

結果判定のため、内視鏡検査実施医療機関から所沢市医師会の読影委員会へ検診データを提供します。この検診で得られた情報は、あなたの健康状態の把握(精密検査、治療など)、及び個人を特定する情報を除いて、検査の精度管理や疫学的な調査・研究などに活用することがあります。

結果に関する個人情報は、「個人情報保護に関する法律」並びに「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」に基づいて適切にお取り扱いします。

上記の事項について、説明を受け、十分に理解しましたので、その実施に同意いたします。

令和 年 月 日 説明医師名 _____

令和 年 月 日 受診者署名 _____

(受診者代理署名

続柄：)

令和7年度 所沢市大腸がん検診票

☐健康診査と同時受診 ☐大腸がん検診のみ受診

▼太枠内を強めにご記入ください。

住 所	〒 359-		
	所沢市		
フリガナ			
氏 名	様		
生年月日	昭和	年	月 日
年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
電話番号	()		

【受診券貼付欄】

受診券シールを枠内に
貼り付けてください。

医療機関記入欄			
検体提出日	令和	年	月 日

▼次の質問にお答えください。

問 診 事 項	1	今年度（5月下旬から本日まで）大腸がん検診を受けるのは初めてですか。	☐ はい	☐ いいえ ↳ 対象外
	2	1年以内に（または定期的に）全大腸内視鏡検査を受けていますか。	☐ いいえ	☐ はい ↳ 対象外
	3	今までに大腸がん検診を受けたことがありますか。 □1年前 □2年前 □3年前 □4年以上前	☐ はい	☐ いいえ
	4	血縁者で大腸がんになった人がいますか。 □父 □母 □兄 □弟 □姉 □妹 □子	☐ はい	☐ いいえ
	5	3ヵ月以内に、おなかの調子や便の状態がよくないことが2回以上ありましたか。 □便が細い □残便感 □黒色便 □腹痛 □腹部膨満感 □お腹がはる □その他（ ）	☐ はい	☐ いいえ
	6	下記の中で、今までにかかったことのある病気はありますか。	☐ はい	☐ いいえ
	病気の種類		時期	状況
	□大腸ポリープ □大腸憩室 □潰瘍性大腸炎		□令和 年 月	□治療終了
	□その他（ ）		□平成	□経過観察中

..... 以下は医療機関記入欄

便 潜 血 検 査	採 便 日	検 査 結 果
	令和 年 月 日	陽性（+） ・ 陰性（-） ・ （±） ・ 検体不良 ・ 未提出
	令和 年 月 日	陽性（+） ・ 陰性（-） ・ （±） ・ 検体不良 ・ 未提出
判 定 結 果	☐ 精密検査不要 今回の検査では、異常は認められませんでした。 これからも年1回の検診をおすすめします。 ※ 自覚症状がある場合は、今回の検査結果に関わらず早めに専門医にご相談ください	
	☐ 要精密検査 便潜血反応検査が陽性です。 さらに詳しい検査を受けてください。 ※ 精密検査にあたっては、問診事項等を踏まえて検査担当医とよくご相談ください。	

実施医療機関名	医師名	紹介先医療機関

令和7年度 所沢市大腸がん検診票

☐健康診査と同時受診 ☐大腸がん検診のみ受診

▼太枠内を強めにご記入ください。

住 所	〒 359- 所沢市		
フリガナ			
氏 名	様		
生年月日	昭和 年 月 日		
年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
電話番号	()		

【使用不可】

受診券シールは1枚目に
貼り付けてください

医療機関記入欄	
検体提出日	令和 年 月 日

▼次の質問にお答えください。

問 診 事 項	1	今年度（5月下旬から本日まで）大腸がん検診を受けるのは初めてですか。	☐ はい	☐ いいえ ↳ 対象外
	2	1年以内に（または定期的に）全大腸内視鏡検査を受けていますか。	☐ いいえ	☐ はい ↳ 対象外
	3	今までに大腸がん検診を受けたことがありますか。 □1年前 □2年前 □3年前 □4年以上前	☐ はい	☐ いいえ
	4	血縁者で大腸がんになった人がいますか。 □父 □母 □兄 □弟 □姉 □妹 □子	☐ はい	☐ いいえ
	5	3ヵ月以内に、おなかの調子や便の状態がよくないことが2回以上ありましたか。 □便が細い □残便感 □黒色便 □腹痛 □腹部膨満感 □お腹がはる □その他（ ）	☐ はい	☐ いいえ
	6	下記の中で、今までにかかったことのある病気はありますか。	☐ はい	☐ いいえ
		病気の種類	時期	状況
		□大腸ポリープ □大腸憩室 □潰瘍性大腸炎	□令和 年 月	□治療終了
		□その他（ ）	□平成	□経過観察中

以下は医療機関記入欄

便 潜 血 検 査	採 便 日	検 査 結 果
	令和 年 月 日	陽性（+） ・ 陰性（-） ・ （±） ・ 検体不良 ・ 未提出
判 定 結 果	令和 年 月 日	陽性（+） ・ 陰性（-） ・ （±） ・ 検体不良 ・ 未提出
	☐精密検査不要 今回の検査では、異常は認められませんでした。 これからも年1回の検診をおすすめします。 ※ 自覚症状がある場合は、今回の検査結果に関わらず早めに専門医にご相談ください ☐要精密検査 便潜血反応検査が陽性です。 さらに詳しい検査を受けてください。 ※ 精密検査にあたっては、問診事項等を踏まえて検査担当医とよくご相談ください。	

実施医療機関名	医師名	紹介先医療機関

令和7年度 所沢市大腸がん検診票

☐健康診査と同時受診 ☐大腸がん検診のみ受診

▼太枠内を強めにご記入ください。

住 所	〒 359- 所沢市		
フリガナ			
氏 名	様		
生年月日	昭和 年 月 日		
年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
電話番号	()		

【使用不可】

受診券シールは1枚目に
貼り付けてください

医療機関記入欄	
検体提出日	令和 年 月 日

▼次の質問にお答えください。

問 診 事 項	1	今年度（5月下旬から本日まで）大腸がん検診を受けるのは初めてですか。	☐ はい	☐ いいえ ↳ 対象外									
	2	1年以内に（または定期的に）全大腸内視鏡検査を受けていますか。	☐ いいえ	☐ はい ↳ 対象外									
	3	今までに大腸がん検診を受けたことがありますか。 □1年前 □2年前 □3年前 □4年以上前	☐ はい	☐ いいえ									
	4	血縁者で大腸がんになった人がいますか。 □父 □母 □兄 □弟 □姉 □妹 □子	☐ はい	☐ いいえ									
	5	3ヵ月以内に、おなかの調子や便の状態がよくないことが2回以上ありましたか。 □便が細い □残便感 □黒色便 □腹痛 □腹部膨満感 □お腹がはる □その他（ ）	☐ はい	☐ いいえ									
	6	下記の中で、今までにかかったことのある病気はありますか。	☐ はい	☐ いいえ									
	<table><tr><th>病気の種類</th><th>時期</th><th>状況</th></tr><tr><td>□大腸ポリープ □大腸憩室 □潰瘍性大腸炎</td><td>□令和 年 月</td><td>□治療終了</td></tr><tr><td>□その他（ ）</td><td>□平成</td><td>□経過観察中</td></tr></table>		病気の種類	時期	状況	□大腸ポリープ □大腸憩室 □潰瘍性大腸炎	□令和 年 月	□治療終了	□その他（ ）	□平成	□経過観察中		
	病気の種類	時期	状況										
	□大腸ポリープ □大腸憩室 □潰瘍性大腸炎	□令和 年 月	□治療終了										
	□その他（ ）	□平成	□経過観察中										

以下は医療機関記入欄

便 潜 血 検 査	採 便 日	検 査 結 果
	令和 年 月 日	陽性 (+) ・ 陰性 (-) ・ (±) ・ 検体不良 ・ 未提出
	令和 年 月 日	陽性 (+) ・ 陰性 (-) ・ (±) ・ 検体不良 ・ 未提出
判 定 結 果	☐ 精密検査不要 今回の検査では、異常は認められませんでした。 これからも年1回の検診をおすすめします。 ※ 自覚症状がある場合は、今回の検査結果に関わらず早めに専門医にご相談ください	
	☐ 要精密検査 便潜血反応検査が陽性です。 さらに詳しい検査を受けてください。 ※ 精密検査にあたっては、問診事項等を踏まえて検査担当医とよくご相談ください。	

実施医療機関名	医師名	紹介先医療機関

☐ 国保 ☐ 社保

住 所	〒 359- 所沢市			【使用不可】 受診券シールは1枚目に 貼り付けてください		
フリガナ						
氏 名	様					
生年月日	昭和	年	月	日	年 齢	歳
受 診 日	令和	年	月	日	電話番号	()

問 診 事 項	1	過去に乳がん検診を受けたことがありますか はいの場合 ⇒ (☐ マンモグラフィ ☐ 超音波検査 ☐ 視触診) 平成・令和 年 月 頃	☐ いいえ	☐ はい
	2	血縁の父母・兄弟姉妹・祖父母・おじ・おばでがんにかかった人がいますか はいの場合 ⇒ (☐ 乳がん ☐ その他のがん)	☐ いいえ	☐ はい
	3	既往歴(乳房の病気)はありますか はいの場合 ⇒ (☐ 乳がん ☐ 線維腺腫 ☐ 乳腺症 ☐ その他 ()) 乳がん手術歴 (☐ 切除後 ☐ 温存後)	☐ いいえ	☐ はい
	4	自覚症状(最近1か月間に乳房に気になる症状)はありますか はいの場合 ⇒ (☐ しこり ☐ 分泌物 ☐ 痛み ☐ 乳頭の変形)	☐ いいえ	☐ はい
	5	ホルモン補充療法の経験はありますか はいの場合 ⇒ (内容:)	☐ いいえ	☐ はい
	6	現在、妊娠している可能性はありますか	☐ いいえ	☐ はい
	7	胸部またはその付近に手術歴がありますか (バイパス手術、ペースメーカーの挿入、豊胸術等)	☐ いいえ	☐ はい
	8	月経：初潮()歳、最近の月経()月()日～()日間 (☐ 順 ☐ 不順)、閉経()歳		
	9	妊娠歴等：妊娠回数()回、出産回数()回、最終妊娠年齢()歳、授乳経験(☐ あり ☐ なし)		
	10	身長：() cm、体重() kg		

右 左	腫瘍	形状（円形・楕円形・多角形・分葉形・不整形）		
	大きさ ()mm	辺縁（境界明瞭・微細分葉状・境界不明瞭・スピキュラ・評価困難） 濃度（含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度）		
	石灰化	形態（微細円形・淡く不明瞭・多形成・不均一・微細線状・分枝状） 分布（散在性・領域性・区域性・線状・集簇性） 明らかな良性		
	その他の所見	乳腺実質（梁柱の肥厚・管状影・非対称性乳房・局所性非対称性陰影・構築の乱れ） 皮膚 リンパ節		
	カテゴリー	右（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ） 左（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）	判定不能（N1・N2） 判定不能（N1・N2）	
乳房構成	脂肪性・乳腺散在・不均一高濃度・極めて高濃度		医師名	

県 集 計	1. 異常なし 2. 乳腺症 3. 線維腺腫 4. 乳がんの疑い 5. その他 ()		
指 示 区 分	1. 異常なし 2. 要受診 (6か月後 ・ 1年後) 3. 要精検		
	実施医療機関名	医師名	紹介先医療機関

▼太枠内を強めに記入してください。

住 所	〒 359- 所沢市	
	フリガナ	
氏 名	様	
生年月日	昭和 年 月 日	年 齢 歳
受 診 日	令和 年 月 日	電話番号 ()

【使用不可】
受診券シールは 1 枚目に
貼り付けてください

乳がん検診結果のお知らせ

乳がん検診の結果を次のとおりお知らせします。○印のついている項目が検診結果です。

1. 現在のところ異常ありません

今回の検査の範囲では、所見はありませんでした。

ただし、乳房にしこりなど気になることがありましたら、
次回の検診を待たずに乳腺専門医を受診してください。

2. 要精密検査

今回の検査の範囲で、さらに詳しい検査を行う必要があると判断されます。

お早めに乳腺専門医を受診してください。

3. 要受診

今回の検査の範囲では、乳がんを疑う所見は認められませんでした、
経過を見るために、（ 6 か月後 ・ 1 年後 ）に乳腺専門医を受診してください。

※乳房構成についてのお知らせ

マンモグラフィですべての乳がんを発見することはできません。
下記の乳房構成が不均一高濃度・極めて高濃度の方は、
他の人に比べマンモグラフィで乳がんが分かりにくい傾向にあります。

あなたの乳房構成	脂肪性 ・ 乳腺散在 ・ 不均一高濃度 ・ 極めて高濃度
----------	------------------------------

所沢市保健センター健康管理課 TEL 04-2991-1811

実施医療機関名	医師名	紹介先医療機関

☐ 国保 ☐ 社保

▼太枠内を強めに記入してください。

住 所	〒 359- 所沢市		【受診券貼付欄】 受診券シールを枠内に 貼り付けてください。			
フリガナ						
氏 名	様					
生年月日	昭和	年	月	日	年 齢	歳
受 診 日	令和	年	月	日	電話番号	()

▼次の質問にお答えください。

問 診 事 項	1	過去に乳がん検診を受けたことがありますか はいの場合 ⇒ (☐ マンモグラフィ ☐ 超音波検査 ☐ 視触診) 平成・令和 年 月 頃	☐ いいえ	☐ はい
	2	血縁の父母・兄弟姉妹・祖父母・おじ・おばでがんにかかった人がいますか はいの場合 ⇒ (☐ 乳がん ☐ その他のがん)	☐ いいえ	☐ はい
	3	既往歴(乳房の病気)はありますか はいの場合 ⇒ (☐ 乳がん ☐ 線維腺腫 ☐ 乳腺症 ☐ その他 ()) 乳がん手術歴 (☐ 切除後 ☐ 温存後)	☐ いいえ	☐ はい
	4	自覚症状(最近1か月間に乳房に気になる症状)はありますか はいの場合 ⇒ (☐ しこり ☐ 分泌物 ☐ 痛み ☐ 乳頭の変形)	☐ いいえ	☐ はい
	5	ホルモン補充療法の経験はありますか はいの場合 ⇒ (内容:)	☐ いいえ	☐ はい
	6	現在、妊娠している可能性はありますか	☐ いいえ	☐ はい
	7	胸部またはその付近に手術歴がありますか (バイパス手術、ペースメーカーの挿入、豊胸術等)	☐ いいえ	☐ はい
	8	月経: 初潮()歳、最近の月経()月()日~()日間 (☐ 順 ☐ 不順)、閉経()歳		
	9	妊娠歴等: 妊娠回数()回、出産回数()回、最終妊娠年齢()歳、授乳経験(☐ あり ☐ なし)		
	10	身長: () cm、体重 () kg		

【マンモグラフィ所見】 ※以下は医療機関記入欄

右 左	腫瘍	形状（円形・楕円形・多角形・分葉形・不整形）		
	大きさ ()mm	辺縁（境界明瞭・微細分葉状・境界不明瞭・スピキュラ・評価困難） 濃度（含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度）		
	石灰化	形態（微細円形・淡く不明瞭・多形成・不均一・微細線状・分枝状） 分布（散在性・領域性・区域性・線状・集簇性） 明らかな良性		
	その他の所見	乳腺実質（梁柱の肥厚・管状影・非対称性乳房・局所性非対称性陰影・構築の乱れ） 皮膚 リンパ節		
	カテゴリー	右（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ） 左（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）	判定不能（N1・N2） 判定不能（N1・N2）	
乳房構成	脂肪性・乳腺散在・不均一高濃度・極めて高濃度	医師名		

【結果判定】

県 集 計	1. 異常なし 2. 乳腺症 3. 線維腺腫 4. 乳がんの疑い 5. その他（ ）		
指 示 区 分	1. 異常なし 2. 要受診（6か月後・1年後） 3. 要精検		
	実施医療機関名	医師名	紹介先医療機関

令和7年度 所沢市子宮頸がん検診票

☐国保 ☐社保

▼太枠内を強めに記入してください。

住 所	〒 359- 所沢市	
	フリガナ	
	氏 名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年 齢 歳
受 診 日	令和 年 月 日	電話番号 ()

【受診券貼付欄】
受診券シールを枠内に
貼り付けてください。

▼次の質問にお答えください。

問 診 事 項	1	子宮頸がん検診を受けたことがありますか はいの場合 ⇒ (最後に受けたのは 平成・令和 年 月頃、結果は ☐ 異常なし ☐ 異常あり)	☐ いいえ	☐ はい
	2	避妊リング等が子宮に入っていますか	☐ いいえ	☐ はい
	3	最近6か月以内に不正出血(月経以外の出血や茶色のおりもの)がありましたか はいの場合 ⇒ ☐ 一時的な出血 ☐ 不規則月経 ☐ 月経が多い ☐ 月経が長い ☐ 褐色のおりもの	☐ いいえ	☐ はい
	4	下腹部に違和感、痛み等がありますか	☐ いいえ	☐ はい
	5	女性ホルモン剤を使用していますか はいの場合 ⇒ ☐ ピル ☐ 更年期症状に対するホルモン剤 ☐ その他()	☐ いいえ	☐ はい
	6	これまでに婦人科の手術を受けたことがありますか はいの場合 ⇒ 病名() 年 月頃 病名() 年 月頃	☐ いいえ	☐ はい
	7	月経：初潮()歳、最近の月経()月()日～()日間(☐ 順 ☐ 不順)、閉経()歳		
	8	妊娠歴等：妊娠回数()回、出産回数()回、最終妊娠年齢()歳		

※以下は医療機関記入欄

視診・内診	1. 異常なし 2. ポリープ 3. 子宮筋腫 4. 付属器腫瘍 5. その他()	医 師 名	
採取器具	1. へら 2. ブラシ 3. サーベックスブラシ 4. サイトピック 5. 綿棒 6. その他()		
細 胞 診 判 定	標本の適否 1. 適正 2. 不適正のため再採取		
	1. NILM (陰性)		
	2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 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 (腺異型または腺癌疑い) 8. AIS (上皮内腺癌) 9. Adenocarcinoma (腺癌) 10. Other malig (その他の悪性腫瘍)		
	コメント		
	細胞診検査機関名		細胞検査士名・医師名
結果指針	1. 異常なし 2. 要精検 (ASC-US含む) 3. 要再検 (再採取) 4. 要診察		
実施医療機関名		医師名	紹介先医療機関

令和7年度 所沢市子宮頸がん検診票

☐国保 ☐社保

▼太枠内を強めに記入してください。

住 所	〒 359- 所沢市		【使用不可】 受診券シールは1枚目に 貼り付けてください	
フリガナ				
氏 名	様			
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年 齢 歳		
受 診 日	令和 年 月 日	電話番号 ()		

▼次の質問にお答えください。

問 診 事 項	1	子宮頸がん検診を受けたことがありますか はいの場合 ⇒ (最後に受けたのは平成・令和 年 月頃、結果は ☐ 異常なし ☐ 異常あり)	☐ いいえ	☐ はい
	2	避妊リング等が子宮に入っていますか	☐ いいえ	☐ はい
	3	最近6か月以内に不正出血(月経以外の出血や茶色のおりもの)がありましたか はいの場合 ⇒ ☐ 一時的な出血 ☐ 不規則月経 ☐ 月経が多い ☐ 月経が長い ☐ 褐色のおりもの	☐ いいえ	☐ はい
	4	下腹部に違和感、痛み等がありますか	☐ いいえ	☐ はい
	5	女性ホルモン剤を使用していますか はいの場合 ⇒ ☐ ピル ☐ 更年期症状に対するホルモン剤 ☐ その他()	☐ いいえ	☐ はい
	6	これまでに婦人科の手術を受けたことがありますか はいの場合 ⇒ 病名() 年 月頃 病名() 年 月頃	☐ いいえ	☐ はい
	7	月経：初潮()歳、最近の月経()月()日～()日間(☐ 順 ☐ 不順)、閉経()歳		
	8	妊娠歴等：妊娠回数()回、出産回数()回、最終妊娠年齢()歳		

※以下は医療機関記入欄

視診・内診	1. 異常なし 2. ポリープ 3. 子宮筋腫 4. 付属器腫瘍 5. その他()		医 師 名	
採取器具	1. へら 2. ブラシ 3. サーベックスブラシ 4. サイトピック 5. 綿棒 6. その他()			
細 胞 診 判 定	標本の適否 1. 適正 2. 不適正のため再採取			
	1. NILM (陰性)			
	2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 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 (腺異型または腺癌疑い) 8. AIS (上皮内腺癌) 9. Adenocarcinoma (腺癌) 10. Other malig (その他の悪性腫瘍)			
	コメント			
	細胞診検査機関名		細胞検査士名・医師名	報告年月日
結果指針	1. 異常なし 2. 要精検 (ASC-US含む) 3. 要再検 (再採取) 4. 要診察			
実施医療機関名		医師名	紹介先医療機関	

▼太枠内を強めに記入してください。

住 所	〒 359- 所沢市	
	フリガナ	
	氏 名 様	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年 齢 歳
受 診 日	令和 年 月 日	電話番号 ()

【使用不可】
受診券シールは1枚目に
貼り付けてください

子宮頸がん検診結果のお知らせ

子宮頸がん検診の結果を次のとおりお知らせします。○印のついている項目が検診結果です。

1. 現在のところ異常ありません
今回の子宮頸がん検診の結果、現在のところ心配される所見はありませんでした。
今後もし自身の健康を守るために、定期的に検診を受診しましょう。

2. 要精密検査（ASC-US 含む）
今回の子宮頸がん検診の結果、さらに詳しい検査を行う必要があります。お早めに婦人科を受診してください。

3. 要再検
子宮頸がん検診を受診した医療機関を再度受診してください。

4. 要診察
子宮頸がんの心配はありませんが、他の婦人科疾患が疑われます。婦人科を受診してください。

5. その他（ ）
ただちに異常とはいえませんが、念のため再検査を受けてください。

実施医療機関名	医師名	紹介先医療機関