

健診受診時の感染症対策に関するお願い

日頃より、長崎県健康事業団の各種健康診断をご利用いただき、ありがとうございます。
健診会場では滞在時間が長時間に及ぶことや対面での問診等があることから、引き続き下記の対応をいたします。ご協力の程、よろしくお願いいたします。

1 当日の受診をお断りする場合

下記のいずれかに該当される方は健康診断の受診をお控えいただき、日程変更等のご対応をお願いします。

- (1) 感染症法により定める感染症に罹患した後、厚生労働省の示す感染者の療養期間等（例 新型コロナウイルス感染やインフルエンザの場合、発症翌日から 5 日間かつ軽快後 1 日）が終了していない方。
- (2) 受診時に風邪症状（37.5 度以上の発熱、咳、呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁、鼻閉、頭痛）や関節痛・筋肉痛、下痢、嘔気、嘔吐、味覚障害、嗅覚障害のある方

2 受診延期を考慮していただきたい場合

- (1) 1(1)の場合、他者への感染の心配が無くなった後もしばらくの間は健診の結果に異常がみられる可能性があります。体調が十分に回復してから受診することを推奨します。
- (2) 新型コロナワクチンの接種後、3 日以上経過してから受診することを推奨します。
副反応が起きた方は、体調が十分に回復してから受診することを推奨します。

3 受診に際してお願いする事項

- 健診中は、マスク着用をお勧めします。
(健診会場には、高齢者や基礎疾患有する方など重症化リスクが高い方もいらっしゃいますので、マスク着用をお勧めしています。)
- アルコール消毒剤を用意しますので、適宜手指消毒をお願いします。
- 密集、密接を防ぐことにご協力をお願いします。
- 換気を行うため、外気温が低い季節はカーディガン等羽織るものをお手元にご用意ください。
- 非接触型体温計等で体温測定をすることがありますのでご協力お願いします。

4 女性がん検診時にご準備いただくもの

- 検査着はこちらで準備できません。
 - ・ 乳がん検診を受診される方は、バスタオルまたは上半身に羽織れるもの等をご持参ください。
 - ・ 子宮がん検診を受診される方は、スカートまたはバスタオル等をご準備ください。

以上、健診実施 8 団体『健康診断実施時における新型コロナウイルス感染症対策』（令和 5 年 5 月 8 日改正）、厚生労働省リーフレット『令和 5 年 3 月 13 日からマスク着用は個人の判断が基本となります』参考

子宮頸がん検診を受けられる皆さまへ

下記に該当される方は医師の判断により、受診をご遠慮いただく可能性があります

《妊娠中や妊娠の可能性がある方》

出血などに対する緊急時の十分な対応が難しいことや、検診車内の内診台は狭く、転倒等の危険性があります。

妊娠中から産後1ヶ月程度(産婦人科に定期的に受診する間)や、妊娠の可能性がある方は、かかりつけ医での受診をお勧めします。

《生理中の方》

出血により子宮頸部の細胞がうまく採取できない場合や、採取できても正しい判断ができない可能性があるので、避けることをお勧めします。

《性交渉未経験の方》

子宮頸がんは、性交渉により感染する、ヒトパピローマウイルス(HPV)が原因であることから、性経験のない方が子宮頸がんが発症する可能性は、きわめて低いと考えられています。

検査時には細心の注意を払って痛みの少ない検査を行いますが、性経験のない方の場合、細胞を採取する際に痛みを感じたり、出血を伴う恐れがあります。

ご不明な点がございましたら、
ご遠慮なく医師や検診スタッフへご相談ください。

子宫頸がん検診受診票



乳がん検診受診票

印字なし見本

＜個人情報の取り扱いについて＞

健康診断で取得した個人情報は、各種検体検査の分析及び結果等のまた、精密検査や再検査が必要となった場合に受診勧奨及び医療機関個人情報の取扱いの詳細については、当事業団のホームページ等をご当事業団における個人情報の取扱い及び利用に同意しますか？

記入欄（団体・氏名など印字されている受診票は、問診のみ記入して下さい）

す。
等にも利用します

同意する

■漢字氏名・カナ氏名・性別・生年月日が空欄の方はご記入ください。	
団体名 自宅 住所 生年月日 フリガナ 氏名 電話 世帯主	事業所名等印字
	地区 所属 年齢 年齢は該当年度基準日で計算
白紙受診票のみ記入して下さい。	
貼付部	

団体コード	□□□□□□□□	-	□□□□□□
地区・所属 コード	□□□□□□□□	□□□□□□	
個人No.	□□□□□□□□	□□□□□□	
受診No.	0 6 1 1 0 0	原 爆	□

■個人の用紙か0.5mmのシャーペンシルで必ず記入してください。(ボールペン・万年筆は不可)

■漢字氏名・カナ氏名・性別・生年月日が空欄の方はご記入ください。

団体名	事業所名等印字		地区 所属
自宅 住所			
生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年齢は該当年度基準日で計算	
フリガナ 氏 名	白紙受診票のみ記入して下さい。		
電話	貼付部		

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/>									
団体コード	<input type="text"/>					-	<input type="text"/>			
地区・所属 コード	<input type="text"/>									
個人No.	<input type="text"/>									
受診No.	<input type="text"/>					<input type="text"/>				
MMG No.	<input type="text"/>					<input type="text"/>				
U S No.	<input type="text"/>					<input type="text"/>				

受診歴	<input type="checkbox"/> 1 初回	<input type="checkbox"/> 4 1年前	<input type="checkbox"/> 3 医療機関にて受診 ＊前回受診年月がわからば記入ください。	問診 太線枠内	鉛筆またはシャープペンシルで
	<input type="checkbox"/> 5 2年前	<input type="checkbox"/> 6 3年前	<input type="checkbox"/> 7 4年以上前	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月	結婚歴
妊娠歴	妊娠 <input type="checkbox"/> 回	分娩 <input type="checkbox"/> 回	帝王切開経験のある方は <input type="checkbox"/> をつけてください。	流産など <input type="checkbox"/> 回	最近の 月経 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日より <input type="checkbox"/> 日間
最近6ヶ月以内に以下のようない状症がおありですか？					
問診を記入して下さい。					
<input type="checkbox"/> 1 認当なし	<input type="checkbox"/> 2 月経以外の出血	<input type="checkbox"/> 3 月経量が少ない	<input type="checkbox"/> 4 月経量が多い	<input type="checkbox"/> 5 不规则な月経	<input type="checkbox"/> 6 月経中の腹痛
<input type="checkbox"/> 2 不规则な月経	<input type="checkbox"/> 3 月経量が多い	<input type="checkbox"/> 4 月経量少ない	<input type="checkbox"/> 5 不规则な月経	<input type="checkbox"/> 6 月経中の腹痛	<input type="checkbox"/> 7 不规则な月経
(事業団での過去歴がある場合は、印字させていただいております。)					
婦人科手術					
お確かめの上修正がありましたら×をつけて、横に改めてご記入下さい。)					
<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 子宮摘出（全摘・一部）	<input type="checkbox"/> 3 卵巣摘出（右・左）	子宮頸がん検診に関する説明		
<input type="checkbox"/> 4 あり	<input type="checkbox"/> *子宮頸部の細胞を採取するため、痛みや出血を伴う場合があります (2~3日経つても続くようならお近くの産婦人科にご相談ください)			◆以上を理解したうえで受診を希望します。	
同意の署名：					

記入してください。		年		<input type="checkbox"/> 3 医療機関にて受診 ▼ ※前回受診年月がわからなければ記入ください。		問診		太線枠内の該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> マークまたは数値を記入してください																	
4年 以上前						結婚歴		<input type="checkbox"/> 3 なし		<input type="checkbox"/> 4 あり		初潮時年齢		<input type="checkbox"/> 歳		閉経		<input type="checkbox"/> 歳		menstruation					
妊娠歴		妊娠 <input type="checkbox"/> 回		分娩 <input type="checkbox"/> 回		出産時年齢		初産 <input type="checkbox"/> 歳		最終出産 <input type="checkbox"/> 歳		月経		初経 <input type="checkbox"/> 歳		1 順 <input type="checkbox"/> 歳		2 不順 <input type="checkbox"/> 歳		menstruation					
育児栄養		母乳 <input type="checkbox"/> 人		人工栄養 <input type="checkbox"/> 人		混合 <input type="checkbox"/> 人		育児歴		1 母 <input type="checkbox"/> 人		2 祖母 <input type="checkbox"/> 人		3 両親 <input type="checkbox"/> 人		既往歴		右 <input type="checkbox"/> 歳		左 <input type="checkbox"/> 歳		menstruation			
乳汁分泌		1 良 <input type="checkbox"/> 人		2 普通 <input type="checkbox"/> 人		3 少 <input type="checkbox"/> 人										生検 <input type="checkbox"/> 歳						menstruation			
自己検診		(いわゆるかづか)		(いわゆるかづか)		(いわゆるかづか)		(事業団での過去歴がある場合は、印字させていただいております。)																menstruation	
お確かめの上修正		がありましたら × をつけ、横に改めてご記入下さい。																						menstruation	
自覚症状		1 懸念 <input type="checkbox"/> なし		2 乳房腫痛 <input type="checkbox"/> (じごり)		3 乳房痛 <input type="checkbox"/> (じごり)		4 乳頭異常分泌 <input type="checkbox"/>		5 その他 <input type="checkbox"/> ()		期間		約 <input type="checkbox"/> 年		<input type="checkbox"/> ケ月		頻度 <input type="checkbox"/>		持続的 <input type="checkbox"/> 2 月		menstruation			

検査及び内診結果				内膜細胞診			
<input type="checkbox"/> 1 所見なし	<input type="checkbox"/> 1 子宮腫大	<input type="checkbox"/> 2 子宮頸管 ポリープ	<input type="checkbox"/> 1 経過観察				
※所見がある場合は、記入欄の当該箇所にマークして下さい。		◆内診所見について「病院受診」と判断する場合は、紹介状を発行し、受診勧奨をお願いします。					
<input type="checkbox"/> 2 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 3 炎症	<input type="checkbox"/> 4 病院受診	<input type="checkbox"/> 1 本人又は代理人 紹介状				
※本院受診時に内膜細胞診検査を行なう場合は、医師に内診を依頼して下さい。							
※上記問診について、必ず事前にご記入下さい。							
頸部細胞検結果				その他所見			
<input type="checkbox"/> 1 陰性 (NILM)	<input type="checkbox"/> 紹介 理由	<input type="checkbox"/> 2 ASC-US	<input type="checkbox"/> 7 AGC	内膜細胞検結果			
<input type="checkbox"/> 2 PAP出現		<input type="checkbox"/> 3 定期開閉化	<input type="checkbox"/> 8 AIS	<input type="checkbox"/> 1 陰性			
<input type="checkbox"/> 3 右方移動		<input type="checkbox"/> 4 ASC-H	<input type="checkbox"/> 9 Adenocarcinoma	<input type="checkbox"/> 2 疑陽性			
<input type="checkbox"/> 4 その他		<input type="checkbox"/> 5 LSIL	<input type="checkbox"/> 10 Other malig	<input type="checkbox"/> 3 陽性			
標本の適否		<input type="checkbox"/> 6 HSIL	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 4 判定不能			
<input type="checkbox"/> 1 不適正	<input type="checkbox"/> 1 乾燥標本	<input type="checkbox"/> 7 SCC					
<input type="checkbox"/> 2 不適正 理由	<input type="checkbox"/> 2 血液混入						
	<input type="checkbox"/> 3 細胞少						
	<input type="checkbox"/> 4 細胞破壊						
	<input type="checkbox"/> 5 固定不良						
	<input type="checkbox"/> 6 採取部位不適						
	<input type="checkbox"/> 7 標本破損						
	<input type="checkbox"/> 8 その他						

R		L		所見	
 W(全体)		 W(全体)		所見 1 睡瘤 2 硬結 3 弾硬 4 軟 5 弹軟 6 その他 7 乳房以外の所見 8 その他	
触診結果	部位	部位	部位	1 乳房外疾患	2 通院治療中
	A B C C' D E W		A B C C' D E W		
大きさ	<input type="text"/> cm × <input type="text"/> cm	大きさ	<input type="text"/> cm × <input type="text"/> cm	1 鮮明	2 不鮮明
乳房疾患	<input type="checkbox"/> 1 経過観察中	<input type="checkbox"/> 2 通院治療中		3 甲状腺	4 甲状腺術後
診断名	<input type="checkbox"/> 1 乳がん <small>または疑い</small>	<input type="checkbox"/> 4 乳腺症	<input type="checkbox"/> 6 線維腺腫	<input type="checkbox"/> 44 乳房術後	<input type="checkbox"/> その他 ()
乳房判定	<input type="checkbox"/> 1 異常なし <input type="checkbox"/> 4 要精査	<input type="checkbox"/> 3 経過観察 (有所見依頼可)	<input type="checkbox"/> 紹介状発行	<input type="checkbox"/> 1 異常なし <input type="checkbox"/> 4 要精査	<input type="checkbox"/> 3 経過観察 (有所見依頼可)
					医師名

公益財団法人 長崎県健康事業団

〒859-0401 長崎県諫早市多良見町化屋986-3
TEL 0957-43-7131(代表) FAX 0957-43-7139

<http://www.npmhc.jp>

乳腺超音波検査を受けられる方へ

乳腺超音波について

◆乳腺超音波とは

乳房に超音波（振動）をあてて、組織内から反射してきた超音波の強さと時間の差を画像にしたものでです。

“探触子”とよばれる器具のうち乳房用のものを使用し、ゼリーを塗った皮膚上で動かして、数枚の画像を撮影します。



◆乳房超音波の有効性

一部の特殊ながんは、マンモグラフィでも見つけることが困難といわれています。このようなタイプのがんでも超音波で見つかることがあります。また乳腺が発達している若年者ではマンモグラフィで画像が不鮮明になることがあります。その場合にも超音波は威力を発揮します。

検査方法について

- ・上半身裸で行います。
 - ・検査時はベッドに仰向けにやすんでいただきます。
 - ・肩の下に枕をしいたり、腕をあげたりしていただく場合があります。
(乳腺の状態を観察しやすくするためご協力ください。)
 - ・胸にゼリーを塗り、小さな器具を皮膚上で動かし、数枚の画像を撮影します。
(問診記入事項について、詳しくお尋ねする場合があります。検査上必要な事ですので、ご了承ください。)
 - ・時間は10分前後を予定していますが、多少の差が生じます。ご了承ください。
- ◆この検査は痛みは無く、放射線のように被曝はありません。リラックスしてお受けください。

事前注意事項

※乳腺超音波検査をご遠慮いただく方は、

- ◆授乳中
 - ◆断乳3ヶ月未満
- としています。

マンモグラフィや乳腺超音波を受診することで、小さな乳がんの早期発見ができます！

※精密検査が必要と判断された方は、必ず医療機関で詳しい検査を受けましょう。

マンモグラフィ検査を受けられる方へ

受診予定の方へコピーしてお配りください

マンモグラフィについて

◆マンモグラフィとは

乳房のX線撮影のことです。
専用のX線装置やフィルムを用いて、
左右の乳房を一方向1枚ずつ撮影します。
乳房組織を均一に撮影するために、
乳房を圧迫板にはさみますが、
これは小さな病変を見つけやすく
するために大切な作業ですので、
少しの間ご協力ください。



◆マンモグラフィの有効性

従来の視触診検査では見つけにくい小さな乳がんを発見する、
最も有効な検査です。乳がんの発生率や死亡率が増えつづけて
いる中、これらを低減させるのに効果的と考えられています。

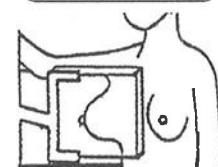
◆被曝について

X線検査ですので放射線被曝はありますが、乳房だけの部分的なものなので、その量もごくわずかです。撮影に伴う人体への影響はほとんどありませんが、妊娠中あるいは妊娠の可能性がある方はご遠慮ください。

撮影方法について

- ・上半身裸で行います。
- ・両方の乳房の撮影を行います。
- ・脇の下あたりから乳房を技師が手で引き寄せながら撮影板に密着させます。
(技師が直接乳房に触れます。)
- ・乳房全体を圧迫しながら撮影します。
- ・圧迫にともない痛みを感じる方(特に生理前、生理中)もいらっしゃいますが、大切な作業ですので少しの間ご協力ください。

撮影方法



なお撮影は男性技師が
行う事もございますので、
あらかじめご了承ください。

事前注意事項

※マンモグラフィ検査をご遠慮いただく方は、

- ◆妊娠中(可能性有りも含む)
- ◆授乳中 ◆断乳3ヶ月未満
- ◆豊胸術後
- ◆前胸部(皮下)に医療機器を埋め込まれている方
(ペースメーカー、V-Pシャント、CVポート)としています。

結果につきましては専門医が読影を行い、後日連絡いたします。

公益財団法人 長崎県健康事業団