



患者氏名 _____ 様 (病院カルテ No. _____ かかりつけ医カルテ No. _____)

大垣市民病院産婦人科 _____ かりつけ医 _____ 病院・医院・クリニック

医師名 _____ 先生

施設		大垣市民病院	かかりつけ医	大垣市民病院	かかりつけ医	大垣市民病院	かかりつけ医	大垣市民病院
経過 (術後)	手術術式 :	1 か月	3 か月	6 か月	9 か月	1 年	1 年 6 か月	2 年
受診年月日	(西暦) 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
達成目標	頸部細胞診が異常ない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	内診所見が異常ない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子宮頸部・膣断端 細胞診結果記入欄		<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NILM <input type="checkbox"/>
コメント 記入欄	超音波検査 (適宜)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	子宮体部細胞診 (適宜)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	コルポスコピー所見	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	組織検査結果	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HPV-DNA 結果	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他								