

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		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 :	2年6か月	3年	3年6か月	4年	4年6か月	5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
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"/>
	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"/>
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"/>
検査 コメント 記入欄	超音波検査 (適宜) 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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	コルポスコピー所見 組織検査結果 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
その他							