

令和 6 年 4 月 3 日

加 賀 市 長

(担当 総務部財政課)

見 積 依 頼 書

下記のとおり見積徴収を行いますので、見積書を提出されるようお願いいたします。

物 件 名 等	子宮頸がん検診問診票（医療機関用） 子宮頸がん精密検査依頼書
見積提出期限 及 び 場 所	令和 6 年 4 月 4 日 午前 11 時 30 分 加賀市役所 総務部 管財課
見積書宛名	加賀市長 宮元 陸
納 入 期 限	令和 6 年 4 月 26 日
納 入 場 所	健康課
落 札 方 法	総価落札
注意事項	1 指定日時までに提出されない場合は、見積をご辞退されたものと解釈させていただきます。 2 会社にあっては社印、代表者印を、個人についても記名捺印をお願いいたします。

伺 番 号 第 0000019 号

品 目 明 細

年 度 令和 6 年度

件 名 子宮頸がん検診問診票（医療機関用） 子宮頸がん精密検査依頼書

伺 番 号 0000019

1 / 1

No.	品 名	印刷製本（単位：冊）	分類番号	002-005-000
1	規 格	子宮頸がん検診問診票（1冊50枚綴り）		
	数 量	30 冊		
No.	品 名	印刷製本（単位：冊）	分類番号	002-005-000
2	規 格	子宮頸がん精密検査依頼書（1冊50枚綴り）		
	数 量	5 冊		
No.	品 名		分類番号	
3	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
4	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
5	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
6	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
7	規 格			
	数 量			

印刷仕様書

市民健康部 健康課

件名	子宮頸がん検診問診票(医療機関用)		
紙質	別添（見本）のとおり ※現物見本は管財課にあります		
印刷	別添（見本）のとおり		
規格	別添（見本）のとおり		
形状	別添（見本）のとおり		
数量	1,500枚（1冊50枚つづりで30冊）	校正	<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
納入期限	令和6年4月26日	納入場所	健康課
<p>その他連絡事項（校正担当 健康課健康増進グループ 担当者 門藤・中嶋） （電話 72-7865）</p> <ul style="list-style-type: none"> * 蛍光マーカーピンクの部分を3部複写とすること。蛍光マーカー黄色の部分は2枚複写とし、3枚目に写らないようにすること。 * 3枚目の住所・氏名欄（蛍光マーカー水色）が、3つ折りにした後に見本封筒の窓あきから見えるように位置や幅を調整すること。 * 文字と枠線全てが深緑色とすること。 * 1～3枚目の枠は同位置になるようにし、複写に影響がないようにすること。 * 3枚目に3つ折の印として▲を記載すること。 * 50枚つづりで1つの冊子とすること（1枚は3部複写1セットとする）。 * 冊子の表紙に「子宮頸がん検診問診票」と記載すること。 <p>※発注業務にかかる特許等を使用する場合は、受注業者において実施許諾を受けていること。なお、受けている場合は許可番号を表示すること。</p> <p>※納入に際しては、事前に担当課の確認を受けた上で、納入場所へ納入し納品書に受領者印をもらって財政課へお出しください（原稿及び見本は担当課に返してください）。</p> <p>※納入期限は厳守してください。</p>			

加賀市子宮頸がん検診問診票 (医療機関用)

*太枠内は本人 (検診を受けられる方) が記入してください。

番 号	*****	検診年月日	令和 年 月 日
住 所	〒922- 加賀市	生年月日	昭・平 年 月 日生 (満 歳)
フリガナ		電話番号	() -
氏 名	様		

問	検診歴	1. 受診歴なし 2. 受診歴あり (西暦 年) イ. 異常なし 口. 異常あり (病名:)
	既往歴	1. 妊娠歴 (1. 有 ・ 2. 無) 4. ホルモン治療 (1. 有 ・ 2. 無) 2. 出産回数 (回) 5. 産婦人科手術歴 (1. 有 ・ 2. 無) 3. 閉経 (満 歳) 6. 子宮内避妊器具 (1. 有 ・ 2. 無)
診	自覚症状	1. 最近の月経: 月 日から 日間 (1. 順 ・ 2. 不順) 2. 最近6ヶ月以内の不正出血 (1. 有 ・ 2. 無) 3. その他 ()

検 診 結 果

		子宮頸部がん				
細胞診所見	ベセスタ	20. 不適正	1. NILM	2. ASC-US	3. ASC-H	4. LSIL 5. HSIL 6. SCC 7. AGC 8. AIS 9. Adenoca 10. Other
双合診所見		1. ポリープ	2. 子宮頸管炎	3. 子宮筋腫	99. その他 ()	
検診に伴う偶発症の有無		1. なし 2. あり → 内容 () → 予後 (a. 生存 b. 死亡)				
総合判定		1. 精検不要 2-1. 要精検 2-2. 要検査 (HPV検査・) 3. 要治療 ・ 病的びらん ・ ポリープ ・ 子宮頸管炎 ・ 子宮筋腫 ・ その他 () 10. 判定不能				
医療機関コード番号	医療機関名	医師名				

加賀市子宮頸がん検診問診票 (医療機関用)

* 太枠内は本人 (検診を受けられる方) が記入してください。

番 号	*****	検診年月日	令和 年 月 日
住 所	〒922- 加賀市	生年月日	昭・平 年 月 日生 (満 歳)
フリガナ		電話番号	() -
氏 名	様		

問	検診歴	1. 受診歴なし 2. 受診歴あり (西暦 年) イ. 異常なし 口. 異常あり (病名:)
	既往歴	1. 妊娠歴 (1. 有 ・ 2. 無) 4. ホルモン治療 (1. 有 ・ 2. 無) 2. 出産回数 (回) 5. 産婦人科手術歴 (1. 有 ・ 2. 無) 3. 閉経 (満 歳) 6. 子宮内避妊器具 (1. 有 ・ 2. 無)
診	自覚症状	1. 最近の月経: 月 日から 日間 (1. 順 ・ 2. 不順) 2. 最近6ヶ月以内の不正出血 (1. 有 ・ 2. 無) 3. その他 ()

検 診 結 果

		子 宮 頸 部 が ん				
細胞診所見	ベセスタ	20. 不適正	1. NILM	2. ASC-US	3. ASC-H	4. LSIL
		5. HSIL	6. SCC	7. AGC	8. AIS	9. Adenoca
		10. Other				
双合診所見	1. ポリープ 2. 子宮頸管炎 3. 子宮筋腫 99. その他 ()					
検診に伴う偶発症の有無	1. なし 2. あり → 内容 () → 予後 (a. 生存 b. 死亡)					
総合判定	1. 精検不要 2-1. 要 精 検 2-2. 要 検 査 (HPV検査・) 3. 要 治 療 ・病的びらん ・ポリープ ・子宮頸管炎 ・子宮筋腫 ・その他 () 10. 判定不能					
医療機関コード番号	医療機関名	医師名				

加賀市子宮頸がん検診問診票 (医療機関用)

*太枠内は本人 (検診を受けられる方) が記入してください。

番 号	*****	検診年月日	令和 年 月 日
住 所	〒922- 加賀市	生年月日	昭・平 年 月 日 (満 歳)
フリガナ		電話番号	() -
氏 名	様		

子宮頸がん検診結果の説明

1. 精検不要	今回の検診では、異常を認めませんでした。 これからも、定期的に検診を受けられることをお勧めします。 また、不正性器出血などの自覚症状があるときは、早い時期に医療機関 (婦人科) を受診されるようお勧めします。
2-1. 要精検	今回の検査の結果、『精密検査』が必要です。 さらに詳しい検査をする必要がありますので、早めに医療機関 (婦人科) を受診してください。なお、健康保険証を必ず持参してください。
2-2. 要検査 (HPV検査)	今回の検査の結果、異常の有無を判断するために追加の検査が必要です。 早めに医療機関 (婦人科) を受診してください。なお、健康保険証を必ず持参してください。
3. 要治療	「がん」については異常を認めませんでしたが、他の病気の疑いがあります。 早めに婦人科専門医療機関を受診してください。なお、健康保険証を必ず持参してください。
10. 判定不能	今回の検査では、判定がつきにくいので、もう一度、健康保険証を持参し、医療機関 (婦人科) を受診してください。

あなたの子宮頸がん検診の結果

総合判定	1. 精検不要		2-2. 要検査 (HPV検査)	
	2-1. 要精検		3. 要治療	
	・病的びらん ・ポリープ ・子宮頸管炎 ・子宮筋腫 ・その他 ()			
	10. 判定不能			
医療機関コード番号	医療機関名	医師名		

*受診間隔について

国の指針では2年に1回の受診ですが、早期発見のために、毎年受診することができます。
なお、医師の指示がある場合や、症状 (月経以外の出血、おりものの増加、下腹部痛など) がある場合は、次の検診まで待たずに婦人科専門医療機関を受診してください。

印刷仕様書

市民健康部 健康課

件名	子宮頸がん精密検査依頼書		
紙質	別添（見本）のとおり		
印刷	別添（見本）のとおり		
規格	別添（見本）のとおり		
形状	別添（見本）のとおり		
数量	250枚（1冊50枚つづりで5冊）	校正	<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
納入期限	令和6年4月26日	納入場所	健康課
その他連絡事項	（校正担当 健康課健康増進グループ 担当者 門藤・中嶋 ） （電話 72-7865） *蛍光マーカーピンクの部分を3部複写とすること。 *文字と枠線全てが黒色とすること。 *1～3枚目の枠は同位置になるようにし、複写に影響がないようにすること。 *50枚つづりで1つの冊子とすること（1枚は3部複写1セットとする）。 *冊子の表紙に「子宮頸がん（精密検査・要検査）依頼書」と記載すること。 ※発注業務にかかる特許等を使用する場合は、受注業者において実施許諾を受けていること。なお、受けている場合は許可番号を表示すること。 ※納入に際しては、事前に担当課の確認を受けた上で、納入場所へ納入し納品書に受領者印をもらって財政課へお出しください（原稿及び見本は担当課に返してください）。 ※納入期限は厳守してください。		

加賀市長 宛

令和 年 月 日

子宮頸がん（精密検査・要検査）の依頼について

下記の方は、子宮頸がん検診の結果、更に精密な検査が必要と思われるので、検査のほどよろしくお願いたします。
お手数ですがご高診の結果を下欄にご記入のうえ、検診担当医及び市へお知らせ下さい。

(市検診・妊婦健診)

番 号					*****	一次検診の結果	頸部細胞診
検診年月日	令和	年	月	日			(ASC-US ASC-H LSIL HSIL SCC AGC AIS Adenoca Other)
住 所	〒922- 加賀市						その他 ()
氏 名					様		
生年月日	昭・平	年	月	日生 (満 歳)			
医療機関コード番号	検診担当医療機関名				医師名		

精密検査の紹介先および未精検理由
紹介先 ()

依頼中 未受診 本人拒否

子宮頸がん(精密検査・要検査)結果

精検受診日 令和 年 月 日

*一次検診の結果がASC-USの方の精密検査について

HPV検査を施行し、HPV陽性となった場合はコルポ診下の生検を施行していただきますようお願いいたします。

精検方法	1. HPV検査	令和 年 月 日	2. コルポ診	令和 年 月 日
	3. パンチバイオプシー	令和 年 月 日	4. コニゼーション	令和 年 月 日
精密検査の結果	5. 子宮頸管全面搔爬	令和 年 月 日	6. その他 ()	令和 年 月 日
	1. HPV検査 (a.陽性 b.陰性)			
	2. 子宮頸部原発の悪性腫瘍 (a.扁平上皮癌 b.腺癌 c.腺扁平上皮癌 d.その他)			
	臨床進行期分類 (a.ⅠA期(微小浸潤癌) b.ⅠB期 c.Ⅱ期 d.Ⅲ期 e.Ⅳ期 f.不明)			
	3. 子宮頸部の二次性腫瘍 (原発臓器:)			
	4. 上皮内腺癌(AIS)、子宮頸部上皮内腫瘍(CIN) (a.上皮内腺癌(AIS) b.高度異形成・上皮内癌(CIN3) c.中等度異形成(CIN2) d.軽度異形成(CIN1) e.CIN3とCIN2の区別ができないもの(HSIL))			
	5. 子宮がんの疑いまたは未確定			
	6. コンジローマ			
	7. ポリープ			
	8. 頸管炎			
	9. その他の悪性腫瘍 ()			
10. がん以外の腫瘍、疾患 ()				
11. 異常なし				
体部検査の有無	1. なし 2. あり → 診断方法 () 診断結果 ()			
診断後の処理 (今後の方針)	1. 治療の必要なし 2. 定期的な追跡調査(ヶ月後) 3. 出産後に組織検査 4. 放射線療法 5. 化学療法 6. 免疫療法 7. ホルモン療法 8. その他 () 9. 手術予定 令和 年 月 日 医療機関名 () 10. 手術施行 令和 年 月 日 医療機関名 () 病理所見 ()			
精検に伴う偶発症の有無	1. なし 2. あり → 重症度 (a.中等症(治療あり) b.重症(入院) c.死亡) ↳ 内容 ()			
医療機関コード番号	精密検査担当医療機関名		医師名	

精密検査の結果が市に提出されることに同意します。
*市提出用に本人署名をお願いします。

本人署名欄

精密検査・要検査担当医 様

令和 年 月 日

子宮頸がん（精密検査・要検査）の依頼について

下記の方は、子宮頸がん検診の結果、更に精密な検査が必要と思われますので、検査のほどよろしくお願いたします。
お手数ですがご高診の結果を下欄にご記入のうえ、検診担当医及び市へお知らせ下さい。 (市検診・妊婦健診)

番 号	*****				一次検診の結果	頸部細胞診
検診年月日	令和	年	月	日		(ASC-US ASC-H LSIL HSIL SCC AGC AIS Adenoca Other)
住 所	〒922- 加賀市					その他 ()
氏 名	様					
生年月日	昭・平	年	月	日生 (満 歳)		
医療機関コード番号	検診担当医療機関名			医師名		

精密検査の紹介先および未精検理由
紹介先 ()

依頼中 未受診 本人拒否

子宮頸がん(精密検査・要検査)結果

精検受診日 令和 年 月 日

精検方法	1. HPV検査	令和 年 月 日	2. コルポ診	令和 年 月 日
	3. バンチバイオプシー	令和 年 月 日	4. コニゼーション	令和 年 月 日
	5. 子宮頸管全面搔爬	令和 年 月 日	6. その他 ()	令和 年 月 日
精密検査の結果	1. HPV検査 (a.陽性 b.陰性)			
	2. 子宮頸部原発の悪性腫瘍 (a.扁平上皮癌 b.腺癌 c.腺扁平上皮癌 d.その他) 臨床進行期分類 (a.IA期(微小浸潤癌) b.IB期 c.II期 d.III期 e.IV期 f.不明)			
	3. 子宮頸部の二次性腫瘍 (原発臓器:)			
	4. 上皮内腺癌(AIS)、子宮頸部上皮内腫瘍(CIN) (a.上皮内腺癌(AIS) b.高度異形成・上皮内癌(CIN3) c.中等度異形成(CIN2) d.軽度異形成(CIN1) e.CIN3とCIN2の区別ができないもの(HSIL))			
	5. 子宮がんの疑いまたは未確定			
	6. コンジローマ			
	7. ポリープ			
	8. 頸管炎			
	9. その他の悪性腫瘍 ()			
	10. がん以外の腫瘍、疾患 ()			
	11. 異常なし			
体部検査の有無	1. なし 2. あり → 診断方法 () 診断結果 ()			
診断後の処理 (今後の方針)	1. 治療の必要なし 2. 定期的に追跡調査(ヶ月後) 3. 出産後に組織検査 4. 放射線療法			
	5. 化学療法 6. 免疫療法 7. ホルモン療法 8. その他 ()			
精検に伴う 偶発症の有無	9. 手術予定 令和 年 月 日 医療機関名 ()			
	10. 手術施行 令和 年 月 日 医療機関名 () 病理所見 ()			
医療機関コード番号	1. なし		2. あり → 重症度 (a.中等症(治療あり) b.重症(入院) c.死亡)	
	↳ 内容 ()			
医療機関コード番号	精密検査担当医療機関名			医師名

精密検査の結果が市に提出されることに同意します。

本人署名欄

検診担当医 () 様

令和 年 月 日

子宮頸がん (精密検査・要検査) 結果報告

精密検査の結果、下記のとおり報告いたします。

(市検診・妊婦健診)

番 号	*****				一次検診の結果	頸部細胞診 (ASC-US ASC-H LSIL) (HSIL SCC AGC) (AIS Adenoca Other) その他 ()
検診年月日	令和	年	月	日		
住 所	〒922- 加賀市					
氏 名	様					
生年月日	昭・平	年	月	日生 (満 歳)		
医療機関コード番号	検診担当医療機関名			医師名		

精密検査の紹介先および未精検理由
紹介先 ()

依頼中 未受診 本人拒否

子宮頸がん(精密検査・要検査)結果

精検受診日 令和 年 月 日

精検方法	1. HPV検査	令和 年 月 日	2. コルポ診	令和 年 月 日
	3. パンチバイオプシー	令和 年 月 日	4. コニゼーション	令和 年 月 日
精密検査の結果	5. 子宮頸管全面搔爬	令和 年 月 日	6. その他 ()	令和 年 月 日
	1. HPV検査 (a.陽性 b.陰性)			
	2. 子宮頸部原発の悪性腫瘍 (a.扁平上皮癌 b.腺癌 c.腺扁平上皮癌 d.その他)			
	臨床進行期分類 (a.IA期(微小浸潤癌) b.IB期 c.II期 d.III期 e.IV期 f.不明)			
	3. 子宮頸部の二次性腫瘍 (原発臓器:)			
	4. 上皮内腺癌(AIS)、子宮頸部上皮内腫瘍(CIN) (a.上皮内腺癌(AIS) b.高度異形成・上皮内癌(CIN3) c.中等度異形成(CIN2) d.軽度異形成(CIN1) e.CIN3とCIN2の区別ができないもの(HSIL))			
	5. 子宮がんの疑いまたは未確定			
	6. コンジローマ			
	7. ポリープ			
	8. 頸管炎			
	9. その他の悪性腫瘍 ()			
	10. がん以外の腫瘍、疾患 ()			
11. 異常なし				
体部検査の有無	1. なし 2. あり → 診断方法 () 診断結果 ()			
診断後の処理 (今後の方針)	1. 治療の必要なし 2. 定期的に追跡調査(ヶ月後) 3. 出産後に組織検査 4. 放射線療法 5. 化学療法 6. 免疫療法 7. ホルモン療法 8. その他 () 9. 手術予定 令和 年 月 日 医療機関名 () 10. 手術施行 令和 年 月 日 医療機関名 () 病理所見 ()			
精検に伴う偶発症の有無	1. なし 2. あり → 重症度 (a.中等症(治療あり) b.重症(入院) c.死亡) ↳ 内容 ()			
医療機関コード番号	精密検査担当医療機関名			医師名

本人署名欄