

県立学校教職員子宮頸がん検診業務仕様書

県立学校教職員子宮頸がん検診業務の実施に関し、委託契約書に定めるもののほか、この仕様書により実施するものとする。

第1 対象者

令和6年8月1日時点で愛媛県教職員安全衛生管理規程第2条第3号に定める県立学校に常時勤務する者並びに当該年度に6か月以上継続勤務し、(予定も含む。)勤務時間が常勤相当(週29時間以上または年間1,392時間以上の勤務)の再任用短時間職員及び会計年度任用職員のうち、令和6年4月1日現在において満20歳代偶数年齢(20歳・22歳・24歳・26歳・28歳)及び30歳以上の希望者。

ただし、常時勤務する教職員のうち、臨時的任用職員及び任期付採用職員(常勤講師等)は、当該年度に6か月以上継続勤務する者(予定も含む。)のみを対象とする。なお、人間ドックで子宮頸がん検診を受診する者は除く。

第2 検診方法及び予定人数

1 検診方法

問診、視診、子宮頸部の細胞診(液状検体法)

2 予定人数

555人

第3 検診期日等

1 検診期日及び場所

拠点校(10校程度)への検診車による巡回検診とする。

※日程は、令和6年12月～令和7年2月28日までの期間において、拠点校となっている各県立学校と調整する。

2 検診期限

令和7年2月28日(金)

第4 検診結果等

1 検診機関は、検診終了後遅滞なく、検診結果を記載した書面(様式第2号)及び要精密検査となった受診者については、個別に精密検査受診勧奨の書面(様式第3号及び第4号)を作成し、各安全衛生管理者へ提出する。

2 検診機関は、すべての検診終了後、愛媛県教職員健康管理システムに対応した検診結果のCSVデータを主任安全衛生管理者へ提出する。

第5 個人情報の取扱い

一般財団法人日本情報経済社会推進協会の認定個人情報保護団体であること。もしくはプライバシーマークと同等以上の認証を有していること。

第6 委託業務遂行上の義務

医療法、医師法並びに診療放射線技師法等の医療関係諸法令を遵守すること。

受診番号

子宮頸がん検診結果通知書

受診者名 様

年 月 日に実施しました検診の結果をお知らせします。

- 今回の検診の結果は異常ありません。
- 今回の検診の結果、更に詳しい検査が必要ですから、精密検査の可能な医療機関で、早めに精密検査を受けてください。
- 今回の検診では判定をすることができませんでしたので、再検査を受けてください。

(精密検査依頼書、健康保険証は必ず持参してください。)

年 月 日

検診機関名

子宮頸がん精密検査依頼書・結果通知書

年 月 日

主治医 様

検診機関名

次の方は、子宮頸がん検診の結果、精密検査が必要であると認められました。御多忙中恐縮ですが、検査結果を御記入のうえ、御返送くださいますようお願いいたします。

受診者	氏名		生年 月日	年 月 日生 (歳)					
	住所	〒							
検診日		年 月 日		検診結果					
依頼理由	一次検診結果	頸部	(ベセダシステム)	NILM	ASC-US	ASC-H	LSIL	SCC	AGC
			(日母分類)	I	II	IIIa	IIIb	IV	V
	体部	陰性	疑陽性	陽性					
	細胞診所見								
	臨床所見								
<input type="checkbox"/> 内膜細胞採取不能									

※細胞診の一次検診結果が、ベセダ分類ASC-US以上及び疑陽性は、必ず組織診をお願いします。

精 密 検 査 結 果

〔 実 施 日 : 年 月 日 担当医師名 : 〕
〔 実施医療機関名 : 〕

検査方法	<input type="checkbox"/> 細胞診 採取器具 () 頸部(ベセダシステム) NILM ASC-US ASC-H LSIL SCC AGC AIS Adenocarcinoma other 検体不適正 // (日母分類) I II IIIa IIIb IV V 判定不能 体部 陰性 疑陽性 陽性 <input type="checkbox"/> 生 検 () <input type="checkbox"/> コルポ診 <input type="checkbox"/> 円 切 <input type="checkbox"/> そ の 他 ()
診断名	<input type="checkbox"/> 外陰・膣炎 <input type="checkbox"/> 膣部ビラン <input type="checkbox"/> ポリープ <input type="checkbox"/> 異型上皮 (高 ・ 中 ・ 軽) <input type="checkbox"/> 頸 が ん (<input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> Ia期 <input type="checkbox"/> Ib期 <input type="checkbox"/> II期) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> III期 <input type="checkbox"/> IV期 <input type="checkbox"/> 原発性頸がん (<input type="checkbox"/> 上皮内がん <input type="checkbox"/> 微小浸潤がん) <input type="checkbox"/> 転移性頸がん (原発部位) <input type="checkbox"/> 頸がんの疑い <input type="checkbox"/> 体 が ん (<input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> Ia期 <input type="checkbox"/> II期) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> III期 <input type="checkbox"/> IV期 <input type="checkbox"/> 原発性体がん <input type="checkbox"/> 転移性体がん (原発部位) <input type="checkbox"/> 体がんの疑い <input type="checkbox"/> 内膜増殖症 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> そ の 他 ()
診断後の措置	<input type="checkbox"/> 局所療法 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 円 切 <input type="checkbox"/> 単純全摘 <input type="checkbox"/> 拡大全摘 <input type="checkbox"/> 広汎全摘 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> 外 照 射 <input type="checkbox"/> 内 照 射 <input type="checkbox"/> 化学療法 () <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 放 置 <input type="checkbox"/> 他院へ紹介

※検診機関によって、様式の差異あり