

千葉県共用がん地域医療連携パス(子宮頸がん)
 子宮頸がん地域連携クリティカルパス・千葉婦人科がん地域連携研究会版
 『細胞診陽性』
 2019.5.1版

施設A(個別検診施設):施設名	
連絡先	
施設B(精密検査施設):施設名	
連絡先	

患者氏名	生年月日	T S H	年	月	日	特記事項
------	------	-------------	---	---	---	------

検診時情報	細胞診施行日	年 月 日		パス関連情報	目標	コルポスコピー下生検が行え、診断ができ、診療計画に沿った診療が受けられる	
	細胞診結果	<input type="checkbox"/> 扁平上皮系異常			パス適用条件	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診が陽性である	
		<input type="checkbox"/> ASC-US				<input type="checkbox"/> ASC-US	<input type="checkbox"/> AGC
		<input type="checkbox"/> ASC-H				<input type="checkbox"/> ASC-H	<input type="checkbox"/> AIS
		<input type="checkbox"/> LSIL				<input type="checkbox"/> LSIL	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma
<input type="checkbox"/> HSIL		<input type="checkbox"/> HSIL	<input type="checkbox"/> Other				
<input type="checkbox"/> SCC		<input type="checkbox"/> SCC					
<input type="checkbox"/> 腺系異常							
<input type="checkbox"/> AGC							
<input type="checkbox"/> AIS							
<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma							
<input type="checkbox"/> Other							
ヒトパピローマウイルス検査	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 (検査日 年 月 日)		パス開始日	年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 検査未施行		パスの説明と同意日	年 月 日			
HPVワクチン接種状況	接種の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	接種回数	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回			
	接種の時期	年ごろ <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 不明			
			がん治療連携指導料算定	<input checked="" type="checkbox"/> 不可 本パスは、がん治療連携計画策定料／がん治療連携指導料算定の対象外です			

施設B	生検結果がCIN2以下でも細胞診がASC-US 又はLSIL →3~6か月毎に検査を施行	1回目	2回目	3回目	以後も3~6か月毎施行	生検結果CIN3以上 又は CIN2かつ細胞診HIS高等度異形成を疑う) 「精査・治療」パスへ 生検の結果:異常なしかつ細胞診NILMの時 「生検陰性」パスへ	
	検査	コルポスコピー	○	○	○		→
		生検	○	○	○		→
		細胞診	○	○	○		→

備考 * 患者と相談のうえ、必要な検査は随時施行する。* 診療経過の共有は診療情報提供書を用いる。

千葉県共用がん地域医療連携パス(子宮頸がん)
 子宮頸がん地域連携クリティカルパス・千葉婦人科がん地域連携研究会版
 『生検陰性』
 2019.5.1版

施設B(精密検査施設):施設名	
連絡先	
施設A(個別検診施設):施設名	
連絡先	

患者氏名		生年 月日	T S H	年	月	日	特記 事項
------	--	----------	-------------	---	---	---	----------

検査・治療情報	生検施行日	年	月	日	パス関連情報	目標	定期的な細胞診が行え、診療計画に沿った診療が受けられる		
	生検結果	<input type="checkbox"/> 異状なし				パス適用条件	<input type="checkbox"/> 生検の結果:異状なし かつ 細胞診NILM		
	細胞診結果	<input type="checkbox"/> NILM				パス開始日	年	月	日
	ヒトパピローマウイルス検査	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 (検査日 年 月 日)				パスの説明と同意日	年	月	日
HPVワクチン接種状況		接種の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	接種回数 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回					がん治療連携指導料算定	■ 不可 本パスは、がん治療連携計画策定料／がん治療連携指導料算定の対象外です
		接種の時期 年ごろ <input type="checkbox"/> 不明	接種回数 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 不明						

施設A	細胞診陰性→ 3～12か月ごとに細胞診の施行				1回目	2回目	3回目	以後も3～12か月毎施行
	3か月	6か月	12か月	の検査を推奨	年 月	年 月	年 月	
検査	子宮頸部細胞診				○	○	○	→

・細胞診判定:ASC-US /ASC-H /LSIL /HSIL /SCC /AGC /AIS/Adenocarcinoma/Otherの時

「細胞診陽性」
パスへ

備考 *患者と相談のうえ、必要な検査は随時施行する。*診療経過の共有は診療情報提供書を用いる。

千葉県共用がん地域医療連携パス(子宮頸がん)
『精査・治療』
2019.5.1版

施設B(精密検査施設):施設名	
連絡先	
施設C(がんの治療施設):施設名	
連絡先	

患者氏名	生年 月日	T S H	年	月	日	特記 事項
------	----------	-------------	---	---	---	----------

検査・治療情報	検査施行日	年	月	日	パス 適用条件	目標	診療計画・ガイドラインに沿った診療が受けられる
	病理診断結果	<input type="checkbox"/> CIN2	<input type="checkbox"/> 生検結果がCIN3 又は SCC 又は AIS 又は Adenocarcinoma				
		<input type="checkbox"/> CIN3					
		<input type="checkbox"/> SCC					
		<input type="checkbox"/> AIS					
		<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma					
細胞診結果	<input type="checkbox"/> 細胞診HSIL(高度異形成を疑う)	<input type="checkbox"/> 生検結果がCIN2以下 でも細胞診でHSIL(高度異形成を疑う)					
ヒトパピローマウイルス検査	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 (検査日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 検査未施行						
HPVワクチン接種状況	接種の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	接種回数 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	パス開始日	年	月	日	
	接種の時期 年ごろ <input type="checkbox"/> 不明	接種回数 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 不明	パスの説明と同意日	年	月	日	
			がん治療連携指導料算定	<input checked="" type="checkbox"/> 不可	本パスは、がん治療連携計画策定料／がん治療連携指導料算定の対象外です		

施設C	組織 プレパレート 病理再検査	➡	円錐切除後の病理結果がCIN3以下 かつ 断端陰性 かつ 円錐切除施行後3ヶ月後の細胞診でNILMの時	「子宮頸部円錐切除後経過観察」 パスへ
		➡	上記以外のときガイドラインに沿ったがん治療および経過観察を行う	

備考 * 患者と相談のうえ、必要な検査は随時施行する。* 診療経過の共有は診療情報提供書を用いる。

千葉県共用がん地域医療連携パス(子宮頸がん)
 子宮頸がん地域連携クリティカルパス・千葉婦人科がん地域連携研究会版
 『子宮頸部円錐切除後経過観察』
 2019.5.1版

施設C(がんの治療施設):施設名	
連絡先	
施設A(個別検診施設):施設名	
連絡先	

患者氏名	生年 月日	T S H	年	月	日	特記事項
------	----------	-------------	---	---	---	------

検査・治療情報	子宮頸部円錐術施行日	年 月 日				パス関連情報	目標	定期的な細胞診が行え、診療計画に沿った診療が受けられる		
	病理診断結果	<input type="checkbox"/> CIN 1					対象患者	がんの種類 (または病名)	子宮頸部上皮内腫瘍	
		<input type="checkbox"/> CIN 2						治療法	子宮頸部円錐切除術	
		<input type="checkbox"/> CIN 3					パス適用条件	・ 円錐切除後切除標本の病理結果がCIN 3 以下 ・ 切除断端陰性		
	細胞診結果	<input type="checkbox"/> NILM						パス開始日	年	月
摘出後断端	<input type="checkbox"/> 陰性					パスの説明と同意日	年	月	日	
ヒトパピローマウイルス検査	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 (検査日 年 月 日)					がん治療連携 指導料算定	■ 不可	本パスは、がん治療連携計画策定料／がん治療連携指導料算定の対象外です		
HPVワクチン接種状況	接種の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	接種回数	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回							
	接種の時期	年ごろ	<input type="checkbox"/> 不明							

手術後経過		3か月	以降3~12か月毎 (<input type="checkbox"/> 3か月 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 12か月)毎の検査を推奨			
		年 月	年 月	年 月	年 月	→
施設C	検査	子宮頸部細胞診	○			
施設A	検査	子宮頸部細胞診	○	○	○	→

・細胞診判定:ASC-US /ASC-H /LSIL /HSIL/SCC /AGC /AIS/Adenocarcinoma/Otherの時

↓

紹介元医療施設(C施設)へ再紹介

備考 *患者と相談のうえ、必要な検査は随時施行する。*診療経過の共有は診療情報提供書を用いる。