

乳がん検診精密検査医療機関登録申請書

年 月 日

栃木県知事 様

医療機関名 \_\_\_\_\_  
 代表者名 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 (担当者名 \_\_\_\_\_)

乳がん検診精密検査医療機関の登録について、下記により申請します。

記

1 乳がん精密検査を担当する医師

医師名	常勤・非常勤別	専門科	乳がんに関する専門の状況
【記載例】 〇〇 〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 常 ・ 非	乳腺外科 一般外科	・ 日本乳癌学会 (専門医) ・ 精度管理中央機構 (読影医A判定)
	常 ・ 非		

\* 「乳がんに関する専門の状況」は、日本乳癌学会の専門医及び日本乳がん検診精度管理中央機構 (精中機構) によるマンモグラフィ読影認定医 (評価AまたはB) を具体的に記載してください。

2 乳房エックス線検査

(1) 乳房専用のエックス線撮影装置

ア 有 (機種: \_\_\_\_\_ 会社名: \_\_\_\_\_ 購入年月: \_\_\_\_\_ )  
 イ 無

(2) マンモグラフィを撮影する放射線技師

常 勤 人 (うち精中機構A・B認定有の者: \_\_\_\_\_ 人)  
 非常勤 人 (うち精中機構A・B認定有の者: \_\_\_\_\_ 人)

(3) 日本乳がん検診精度管理中央機構の施設画像評価

合格年月: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
 (合格していない場合の申請 (予定) 年月: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

3 乳腺超音波検査

(1) 乳腺超音波検査装置

ア 有 (機種: \_\_\_\_\_ 会社名: \_\_\_\_\_ 購入年月: \_\_\_\_\_ )  
 プローブ ・ 電子リニアスキャナー ( \_\_\_\_\_ MHz)  
 ・ メカニカルセクタスキャナー ( \_\_\_\_\_ MHz)  
 → アニュラアレイ ( \_\_\_\_\_ MHz)  
 イ 無

(2) 乳腺超音波検査を行う放射線技師・臨床検査技師

常 勤 人 (うち日本超音波医学会の認定検査士 (体表領域): \_\_\_\_\_ 人)  
 非常勤 人 (うち日本超音波医学会の認定検査士 (体表領域): \_\_\_\_\_ 人)

4 その他乳がん診断に使用している機器

ア \_\_\_\_\_ (機種: \_\_\_\_\_ 会社名: \_\_\_\_\_ )  
 イ \_\_\_\_\_ (機種: \_\_\_\_\_ 会社名: \_\_\_\_\_ )

5 細胞診実施体制

ア 自院において実施する

- (ア) スクリーナー 常 勤 ( ) 名  
 非常勤 ( ) 名  
 (イ) 細胞診専門医 常 勤  
 非常勤

イ 外注する (外注先: )

6 病理組織診断実施体制

ア 自院において実施する

- 病理医の状況 常 勤 ( ) 人  
 非常勤 ( ) 人

イ 外注する (外注先: )

7 乳腺精密検査実施件数

(精密検査としての実施件数が把握できない場合は、全検査数を下段に記載)

検 査 方 法	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
乳房エックス線撮影検査	例	例	例
(全検査数)	( 例)	( 例)	( 例)
乳房超音波検査	例	例	例
(全検査数)	( 例)	( 例)	( 例)
細胞診 (乳頭分泌物細胞診を含む)	例	例	例
(全検査数)	( 例)	( 例)	( 例)
組織診 (針生検・外科的生検・マンモトーム生検)	例	例	例
(全検査数)	( 例)	( 例)	( 例)

8 乳がん患者手術件数

	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
自院実施件数			

9 乳がん患者他機関紹介件数

	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
他機関紹介件数			

10 研修会等の参加状況

参加年月	講習会・学会等の名称	主催者名	参加者名
【記載例】 H30.4	日本乳癌学会学術講演会	日本乳癌学会	医師 ○○ ○○

\*登録要件に規定する「研修会、講習会、関連学会等」を参考に過去3年間の状況を記入してください。

\*参加したことを証明する受講証や参加証等の写しを添付してください。

11 検診実施主体である市町村及び健診実施機関への精密検査結果の報告への協力

ア 可能

イ 不可能 (理由: )