

子宮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 _____
所在地 _____
電話番号 _____
(担当者名 _____)

子宮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 子宮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	子宮がんに関する専門の状況
【記載例】 〇〇 〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 常 ・ 非	婦人科	・ 日本産科婦人科学会 (専門医)
	常 ・ 非		
	常 ・ 非		
	常 ・ 非		

2 コルポスコープ整備状況

機種	
会社名	
購入年	

3 細胞診実施体制

- ア 自院において実施する
- イ 外注する (外注先: _____)

4 病理組織診断実施体制

- ア 自院において実施する
- イ 外注する (外注先: _____)

5 子宮がん精密検査実施状況

(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
コルポスコープ検査 (全検査数)	例 (例)	例 (例)	例 (例)
細胞診 (組織診) (全検査数)	例 (例)	例 (例)	例 (例)

6 子宮がん患者手術件数の状況

	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
自院実施件数	例	例	例

7 子宮がん患者他機関紹介件数

年 度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
例 数	例	例	例

8 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	日本産科婦人科学会学術講演会	日本産科婦人科学会	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。

9 検診実施主体である市町への精密検査結果の報告の協力

ア 可能

イ 不可能 (理由 :

)