

各様式 および 附属調書

各様式

- ① 個別検診機関登録 個登 様式第 1 号～第 3 号
- ② 精密検査機関登録 精登 様式第 1 号～第 3 号

附属調書

- ① 胃がんエックス線個別検診登録医療機関附属調書
- ② 胃がん個別内視鏡検診および精密検査機関登録附属調書
- ③ 肺がん個別検診登録医療機関附属調書
- ④ 肺がん精密検査機関登録附属調書
- ⑤ 大腸がん精密検査機関登録附属調書
- ⑥ 乳がん個別検診登録医療機関附属調書
- ⑦ 乳がん精密検査機関登録申請附属調書
- ⑧ 子宮頸がん精密検査機関登録附属調書

(個登 様式第 1 号)

年 月 日

福井県医師会長 様

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

がん個別検診機関登録申請書

がん個別検診の目的を理解し、個別検診機関登録実施要領第 3 (登録要件)に掲げる事項を遵守することを前提に下記個別検診機関登録を申請します。

記

検診項目	申請項目(○印)	調書等添付項目
胃がん検診 X線		附属調書
胃がん検診 内視鏡		附属調書 ・ 直近画像 2～3 名分
大腸がん検診		なし
肺がん検診		附属調書・2 か月以内の画像 2～3 枚
乳がん検診		附属調書
子宮頸がん検診		なし

郡市区医師会承認印

(個登 様式第2号)

年 月 日

福井県医師会長 様

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

がん個別検診機関登録事項変更届出書

このことについて、下記のとおり変更がありましたのでお届けします。

記

検診項目 (項目に○)	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん
----------------	-----	-----	------	-----	-------

変更前	変更後

(個登 様式第3号)

年 月 日

福井県医師会長 様

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

がん個別検診業務中止届出書

このことについて、 年 月 日をもって、下記のがん個別
検診業務を中止しますのでお届けします。

記

検診項目： 胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん・子宮頸がん

中止理由： 検診業務中止 ・ 閉院

(精登 様式第 1 号)

年 月 日

福井県医師会長 様

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

精密検査機関登録申請書

がん検診における精密検査の目的を理解し、精密検査機関登録実施要領第 3 (登録要件)に掲げる事項を遵守することを前提に、附属調書を付けて下記精密検査機関登録を申請します。

記

検診項目 (項目に○)	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん
----------------	-----	-----	------	-----	-------

郡市区医師会承認印

(精登 様式第2号)

年 月 日

福井県医師会長 様

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

精密検査機関登録事項変更届出書

このことについて、下記のとおり変更がありましたのでお届けします。

記

検診項目 (項目に○)	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん
----------------	-----	-----	------	-----	-------

変更前	変更後

(精登 様式第3号)

年 月 日

福井県医師会長 様

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

がん検診精密検査機関登録中止届出書

このことについて、 年 月 日をもって、下記のがん検診
精密検査を中止しますのでお届けします。

記

検診項目 (項目に○)	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん
----------------	-----	-----	------	-----	-------

胃がん個別検診登録医療機関附属調書【X線】

1. 医療設備の保有状況

メーカ名		
型式		
最大管電圧	KVP	KVP
最大管電流	mA	mA
透視台	電動式 手動式	電動式 手動式

2. 撮影装置 ① Over-tube ② Under-tube ③ Cアーム

3. 装置種別 ① Film-screen ② II-DR ③ FPD

4. 撮影条件 ① マニュアル ② セミオート ③ フルオート

5. 現像処理時間 ① 90 秒以上 ② 90 秒以下

6. フィルム出力 ① 有 ② 無

7. DICOM ファイル CD-R 出力 ① 可 ② 不可

8. モニターの規格 ① 白黒 ② カラー ※画素数 M

9. 背臥位正面位撮影時の撮影条件（標準体）

_____ kVp _____ mA _____ sec

10. 撮影装置の定期点検を行っているか ① はい ② いいえ

11. 始業点検（毎日）を行っているか ① はい ② いいえ

12. 高濃度・低粘稠性粉末造影剤を使用しているか ① はい ② いいえ

13. 造影剤の濃度 _____ w/v%

14. 造影剤の使用量 _____ ml

15. 発泡剤：5.0g（単回投与）を使用しているか ① はい ② いいえ

16. 使用方法：水（15ml 程度）または造影剤または希釈した造影剤で飲用しているか ① はい ② いいえ

17. 鎮痙剤について ① あり ② なし

18. 体位変換：背臥位正面位二重造影像を撮影する際、水平位から、右側臥位方向へ右回り3回転を行っているか ① はい ② いいえ

19. 体位変換：各撮影体位毎に標的部位に造影剤を付着させた上で撮影しているか ① はい ② いいえ

20. 前壁撮影：腹臥位頭低位前壁撮影での圧迫フトンを使用しているか ① はい ② いいえ

21. 撮影責任者

氏名		職種	
----	--	----	--

22. 検診（読影）担当医師名

氏 名	主な診療科目	備 考

23. 二重読影医療機関（読影できる医師が1名しかいないときに記入）

医療機関（郡市医師会）名	
読 影 担 当 医 師 名	

24. 検診の予約 要 ・ 不要

※要予約の場合は連絡先及び担当者名を記入

（検診予約電話番号： 担当者
名： ）

25. 検診実施可能人員数および曜日

週 人 （1日 人） （ 曜日）

胃がん個別検診・精密検査登録医療機関附属調書【内視鏡・精密検査】

1 内視鏡保有状況

保有台数 (台)

台数	メーカー名	内視鏡システム名 (品番)	スコープ名 (品番)
1			
2			
3			
4			

2. 年間検査臨床例数 (例)

3. 内視鏡担当医師名

氏 名	主な診療科目	備 考

4. 自動洗浄・消毒装置

保有台数 (台)

台数	メーカー名	製品名 (品番)
1		
2		
3		
4		

使用消毒薬名：

5. 生検組織診断実施機関名

6. 検診実施可能人員数および曜日

週 人 (1日 人) (曜日)

7. 要予約の連絡先及び担当者名

(検診予約電話番号： 担当者名：)

肺がん個別検診登録医療機関附属調書

1. 胸部 X 線写真（立位 PA 方向撮影）の平均撮影条件

() kV () mA () sec もしくは ホトタイマ
() mAs

2. 被検者－管球間の距離 () m

3. 最高定格電圧（健康福祉センターへの X 線装置届出控えに記載あり）：() kV

4. 使用感光材料（Ⅰ．Ⅱいずれか選択）

Ⅰ．銀塩フィルム

・使用フィルムサイズ（複数回答可）

① 半切 ② 大角 ③ 大 4 F

・フィルムスクリーンシステム（a または b のいずれか選択）

a 希土類増感紙とオルソフィルム

b レギュラー増感紙とレギュラーフィルム

・使用グリッド（散乱線除去用格子）の格子比

① () : 1 ② 使用せず

Ⅱ．デジタル装置（CR、FCR、FPD）

・メーカー名・装置名：

・フィルム・ハードコピー出力： 有 ・ 無

・DICOM ファイル CD-R 出力： 可 ・ 不可

・使用グリッド（散乱線除去用格子）の格子比

① () : 1 ② 使用せず

5. X線発生装置名 ()

(メーカー名：)

6. 自動現像機名 ()

(メーカー名：)

もしくは

ドライイメージャー機種名 ()

(メーカー名：)

肺がん精密検査機関登録申請書附属調書

1 医療設備の保有状況

(1) CT装置

メーカー名		
型 式		

(2) 気管支鏡 有 ・ 無

(3) CTガイド下針生検 可能 ・ 不可能

(4) VATS生検 可能 ・ 不可能

(5) 直接撮影のみ可能 : 集団検診の精密検査機関として登録

※上記(2)～(4)の設備がある連携する医療機関名を記入

医療機関名 :

2 精密検査担当責任者等

責 任 者 氏 名	
主 な 診 療 科	
精密検査担当医師数	名

3 検査の予約 要 ・ 不要

※要予約の場合は連絡先及び担当者名を記入

(予約電話番号 : 担当者名 :)

4 精密検査実施可能人員数および可能曜日

(1) CT撮影 週 人(1日 人)(曜日)

(2) 気管支鏡 週 人(1日 人)(曜日)

(3) CTガイド下針生検 週 人(1日 人)(曜日)

(4) VATS生検 週 人(1日 人)(曜日)

大腸がん精密検査機関登録申請書附属調書

1 医療設備の保有状況

(1) 内視鏡：必須

メーカー名	型 式	本 数	備 考

保存方法：デジタルデータ

16mmフィルム

(2) X線装置：保有は必須ではない

メーカー名		
型 式		

2 精密検査担当責任者等

責 任 者 氏 名	
主 な 診 療 科	
精密検査担当医師数	名

3 検査の予約 要 ・ 不要

※要予約の場合は連絡先及び担当者名を記入

(電話番号： 担当者名：)

4 精密検査実施可能人員数および曜日

- (1) X線透視 週 人 (1日 人) (曜日)
- (2) 内視鏡 週 人 (1日 人) (曜日)

乳がん個別検診登録医療機関附属調書

1 乳房エックス線撮影装置 (台)

メーカー名	型 式	設置年月日

2 読影医 (名)

氏 名	読影講座受講年月日	読影評価認定年月日

※読影講座修了証・読影資格認定証の写しを添付すること

3 認定診療放射線技師 (名)

氏 名	撮影講習受講年月日	撮影評価認定年月日

※撮影技術研修修了証・撮影資格認定証の写しを添付すること

乳がん精密検査機関登録申請附属調書

(個別検診登録医療機関は1～3および6に登録済みと記載して下さい)

1 乳房エックス線撮影装置 (台)

メーカー名	型 式	設置年月日

2 読影医 (名)

氏 名	読影講座受講年月日	読影評価認定年月日

※読影講座修了証・読影資格認定証の写しを添付すること

3 認定診療放射線技師 (名)

氏 名	撮影講習受講年月日	撮影評価認定年月日

※撮影技術研修修了証・撮影資格認定証の写しを添付すること

4 専用探触子による超音波検査装置 (台)

メーカー名	型 式	設置年月日

5 細胞診、生検の病理診断医氏名

氏	名	
---	---	--

※上記の医師がない場合は、

委 託 機 関 所 在 地	
名	称
病 理 診 断 医	

6 マンモグラフィ検診施設画像認定 ※精中機構の認定通知の写しを添付

画像評価認定年月日	年	月	日
-----------	---	---	---

7 検査の予約 要 ・ 不要

※要予約の場合は連絡先及び担当者名を記入

(検診予約電話番号： 担当者名：)

8 検査実施可能人員数および曜日

週 人 (1日 人) (曜日)

子宮頸がん精密検査機関登録申請附属調書

1 医療設備の保有状況（コルポスコープ）

メーカー名		
型 式		

2 検査担当医師名

氏 名	診 療 科 目	(公社)日本産婦人科学会専門医資格 の有無
		あり ・ なし
		あり ・ なし
		あり ・ なし
		あり ・ なし
		あり ・ なし
		あり ・ なし

3 検査の予約 要 ・ 不要

※要予約の場合は連絡先及び担当者名を記入

（検査予約電話番号：

担当者名： ）

4 検査実施可能人員数および曜日

週 人（1日 人）（曜日）