様式１

年　　月　　日

滋賀県がん検診検討会

肺がん部会　　御中

　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　代表者名

市町が行う肺がん検診の精密検査実施医療機関届出について

このことについて、滋賀県がん検診実施のための指針（肺がん検診）および肺がん検診精密検査実施医療機関届出登録実施要領に基づき届出をします。

記

１　医療機関名

２　医療機関所在地および連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL　　　　　　　　　　　　　　　）

３　肺がん診断機器整備状況

（１）らせん式CT　　【　有　・　無　】

　　　メーカー名：

　　　機種名：

　　　購入年月日：　　　　　年　　月　　日

（２）気管支鏡　　　 【　有　・　無　】

　　　メーカー名：

　　　機種名：

　　　購入年月日：　　　　　年　　月　　日

　　　検査体制：　 【　常時可能　・　　週　　回　・　　月　　回　】

４　病理組織診断実施体制

（１）自院において実施する

　　ア　病理医は常勤　　（　　　　名）

　　イ　病理医は非常勤　（　　　　名、　　週　　回勤務　）

（２）外注する

　　外注先名称　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　５　精密検査を担当する医師

|  |  |
| --- | --- |
| 医　師　氏　名 | 備　　　　考  （専門医・指導医の資格等） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

６　登録条件の遵守

（１）肺がん検診指針の９に基づき、精密検査の結果を市町に報告します。

（２）肺がん検診指針の９に基づき市町が実施する精密検査結果等のがん検診追跡調査に協力します。

（３）肺がん検診の精度の維持・向上に協力します。