（様式第10号）

子宮頸がん検診精密検査実施医療機関報告書

　　年　　月　　日

　高知県健康診査管理指導協議会

子宮がん部会長　殿

医療機関名：

代表者職氏名：

高知県がん検診精密検査実施医療機関届出実施要領第２条第４項の規定により、下記のとおり報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 精密検査  責任者 | 診療科名 |  |
| 医師名 |  |
| E-mailアドレス |  |
| 郵便番号 | |  |
| 住所 | |  |
| 電話番号 | |  |

１．子宮頸がん検診精密検査に携わる医師名

|  |  |
| --- | --- |
| 医　師　名 | 認定医・専門医の資格 |
|  | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　　無 |
|  | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　　無 |
|  | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　　無 |
|  | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　　無 |
|  | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　　無 |

２．機器保有状況及び検査件数

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 機器保有状況等 | | | | 前年度検査件数 | 年間検査  可能件数 |
| コルポスコープ | 有（　　　　　　台）・無 | | | | 件 | 件 |
| ＨＰＶ検査 | 実施可能　　・ | | 実施不可 | | 件 | 件 |
| 生検実施体制 | 自施設で実施 | 外部委託機関で実施 | | 無 | 件 | 件 |

３．がん登録の届出件数（前年実績）　　　　　　子宮頸がん　　　　　　　　　件

＊　各医療機関の太枠内の情報を一覧表にして公表します。