（様式第１号）

**肺がん検診精密検査実施医療機関届出書（ 新規 ・ 継続 ）**

　　年　　月　　日

　高知県健康診査管理指導協議会

肺がん部会長　殿

医療機関名：

代表者職氏名：

当医療機関は、肺がん検診精密検査実施医療機関として届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 精密検査  責任者 | 診療科名 |  |
| 医師名 |  |
| E-mailアドレス |  |
| ※届出について窓口となる事務局等のメールアドレスの入力をお願いします。 | |
| 郵便番号 | |  |
| 住所 | |  |
| 電話番号 | |  |

１．肺がん検診精密検査に携わる医師名

※基準を満たすのに必要な専門医の資格を有する医師の在籍は、**常勤・非常勤を問いません**

|  |  |
| --- | --- |
| 医　師　名 | 専門医の資格 |
|  | 有（呼吸器専門医・呼吸器外科専門医・気管支鏡専門医・放射線科専門医）　・　無 |
|  | 有（呼吸器専門医・呼吸器外科専門医・気管支鏡専門医・放射線科専門医）　・　無 |
|  | 有（呼吸器専門医・呼吸器外科専門医・気管支鏡専門医・放射線科専門医）　・　無 |
|  | 有（呼吸器専門医・呼吸器外科専門医・気管支鏡専門医・放射線科専門医）　・　無 |
|  | 有（呼吸器専門医・呼吸器外科専門医・気管支鏡専門医・放射線科専門医）　・　無 |

２．機器保有状況及び検査件数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 機器保有状況 | | 検査件数 （前年４月～当年３月） | | 年間検査  可能件数 |
| CT検査 | ・設置時期：(西暦)　　　　　　　　　年  ・機種名　：  ・製造メーカー： | | 件 | | 件 |
| ※病理診断 | 自施設で実施 | 外部委託機関で実施 | | 無 | |
| ※肺がん治療 | 自施設で治療可能（治療内容：　　　　　　　　　） | | | 他院紹介 | |

※病理診断及び肺がん治療は、参考事項のため届出の条件ではありません。

３．がん登録の届出件数（又は届出予定件数）

※前年1月1日～12月31日の実績

　※がん登録の届出を行っていない診療所は、がんの診断を行った患者の人数を記載してください。なお、自施設で診断から治療までを行う診療所は、がん登録への積極的な参加をお願いします。

　　肺がん　　　　　　　　　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。