（様式第５号）

**乳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

乳がん部会長　殿

医療機関名：

代表者職氏名：

当医療機関は、乳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．乳がん検診精密検査に携わる医師又は技師（看護師）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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 氏　名 | 乳腺専門資格  ※医師のみ | 日本乳がん検診精度管理中央機構の認定 |
| 日本超音波医学会の専門医・検査士の資格 |
|  |  | 専門医・認定医 | 有（マンモ読影・マンモ技術・超音波医師・超音波技師）・無 |
| 有（ 超音波専門医(乳腺領域) ・ 超音波検査士(体表) ）・無 |
|  |  | 専門医・認定医 | 有（マンモ読影・マンモ技術・超音波医師・超音波技師）・無 |
| 有（ 超音波専門医(乳腺領域) ・ 超音波検査士(体表) ）・無 |
|  |  | 専門医・認定医 | 有（マンモ読影・マンモ技術・超音波医師・超音波技師）・無 |
| 有（ 超音波専門医(乳腺領域) ・ 超音波検査士(体表) ）・無 |
|  |  | 専門医・認定医 | 有（マンモ読影・マンモ技術・超音波医師・超音波技師）・無 |
| 有（ 超音波専門医(乳腺領域) ・ 超音波検査士(体表) ）・無 |

２．機器保有状況及び検査件数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 機器保有状況 | | | 前年度検査件数 （前年４月～当年３月） | 年間検査  可能件数 |
| マンモグラフィ検査 | 精中機構の施設画像評価  合格年月：（西暦）　　　年　　月  ・設置時期：(西暦)　　　　　　　年  ・機種名　：  ・製造メーカー： | | | 件 | 件 |
| 乳腺用超音波検査 | ・設置時期：(西暦)　　　　　　　年  ・機種名　：  ・製造メーカー： | | | 件 | 件 |
| 画像誘導下生検実施体制 | 自施設で実施 | 実施可能な施設と連携 | 無 | 件 | 件 |

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。

　　乳がん　　　　　　　　　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。