

乳がん検診精密検査医療機関現況調査票

(1) 貴院の精密検査医療機関の登録事項は以下のとおりです。  
 ご確認頂くとともに、修正点がありましたら、二重線で修正をいただき、加筆をお願いします。

医療機関名 : 《医療機関名称》

所在地 : 〒《〒》 《所在地》

電話番号 : 《電話番号》

FAX番号 : 《FAX 番号》

(2) 貴院の平成31年1月1日現在の状況をご記入下さい。

① がんの精密検査担当医師名をご記入下さい。

医師名	常勤/非常勤	診療科	専門医
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤		<input type="checkbox"/> 乳腺専門医※ <input type="checkbox"/> 乳がん診療に携わる医師または放射線科医師
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤		<input type="checkbox"/> 乳腺専門医※ <input type="checkbox"/> 乳がん診療に携わる医師または放射線科医師
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤		<input type="checkbox"/> 乳腺専門医※ <input type="checkbox"/> 乳がん診療に携わる医師または放射線科医師

※乳腺専門医とは、日本乳癌学会認定の乳腺専門医を指します

② 検査の実施について

超音波検査	可 ・ 否
マンモグラフィ検査	可 ・ 否
穿刺吸引細胞診	可 ・ 否
針生検	可 ・ 否
摘出生検	可 ・ 否
MRI	可 (委託機関名: ) ・ 否
CT	可 (委託機関名: ) ・ 否

③精密検査医療機関の登録の継続について

市町村がん検診における精密検査医療機関の基準(別紙)を満たす場合、登録継続を希望されますか。  
 →( 希望する ・ 希望しない)

④ 各検査に関する調査項目

下記の項目は、日本乳癌学会・日本乳癌検診学会による「乳がん検診の精密検査実施機関基準」です。県内施設の状況について把握し、市町村がん検診における精密検査医療機関の登録基準の改定について検討するため平成31年1月1日現在の状況についてあてはまるものに☑をつけてください。

(参考) 乳がん検診の精密検査実施機関基準, 日本乳癌学会・日本乳癌検診学会, 平成26年7月

(1) 問診・視触診	<input type="checkbox"/> 乳腺疾患の診療に習熟した医師、あるいはその監督下を実施している
(2) マンモグラフィ検査	<input type="checkbox"/> NPO法人日本乳がん検診精度管理中央機構の施設画像評価に合格している
	<input type="checkbox"/> 少なくとも2方向撮影・圧迫スポット撮影及び拡大撮影が可能
	<input type="checkbox"/> NPO法人日本乳がん検診精度管理中央機構が主催あるいは共催する撮影技術及び精度管理に関する講習会を修了し、評価B以上の診療放射線技師が撮影する、あるいはその監督下に撮影している
(3) 乳房超音波検査	<input type="checkbox"/> 乳腺精密検査用超音波装置として推奨される超音波診断装置に、乳腺用の適切な探触子を接続して使用している
	<input type="checkbox"/> 乳房超音波検査習熟した医師・臨床検査技師・診療放射線技師・看護師が検査を行っている。(日本超音波医学会の超音波専門医(総合・乳腺)、超音波検査士(体表)の資格を有しているか、検診のための基本講習プログラムに準じた超音波講習会※を修了していることが望ましい) ※JABTS(日本乳腺甲状腺超音波医学会)または日本乳がん検診精度管理中央機構が主催あるいは共催する2日間の講習会がこれに相当する
	<input type="checkbox"/> 乳腺疾患の超音波診断に習熟した医師が診断している
(4) 細胞診・組織診	<input type="checkbox"/> 画像および所見・診断を記録し、保管している
	<input type="checkbox"/> 細胞診、針生検及び吸引式組織生検※が可能である ※吸引式組織生検が必要な症例(特にマンモグラフィでのみ描出可能でステレオマンモグラフィ誘導下の組織診が必要な症例)に関しては自施設で行うか、可能な施設と連携している
	<input type="checkbox"/> 必要があれば外科的生検が可能、または外科的生検が可能な施設と連携している
	<input type="checkbox"/> 細胞診は病理専門医(日本病理学会)または細胞診専門医(日本臨床細胞学会)により、組織診は病理専門医により診断を行っている

(3) 貴院の市町村がん検診の精密検査実施件数と一次医療機関への結果報告件数をご記入下さい。  
(平成29年4月1日 ~ 平成30年3月31日)

精密検査実施件数	( )件 ・ 不明
内、結果報告件数	1. ( )件 2. 件数は不明であるが「精密検査依頼書兼結果通知書」を受理した場合、報告している。 3. 結果報告していない。 4. 不明

——(4)(5)については、取りまとめて関係機関に情報提供する予定です——

(4) 貴院において、市町村がん検診精密検査依頼書兼結果通知書を記入された場合、受診者に文書料を徴収されていますか？該当するものに○を付して下さい。

※「市町村がん検診精密検査依頼書兼結果通知書」に対する文書料の取り扱いが精密検査医療機関により差異があります。

1. 徴収していない

2. 徴収している ( ) 円)

\* 下記(5)は、該当病院(200床以上の病院)のみご回答ください。

(5) 貴院において、市町村がん検診精密検査のために「市町村がん検診精密検査依頼書兼結果通知書」を持参して受診された場合、選定療養費(初診に係る費用)を徴収されていますか？該当するものに○を付して下さい。

1. 徴収していない

2. 徴収している ( ) 円)

(6) その他、精密検査医療機関に関する意見があれば、ご記載下さい。

( )

\*\*\*\*\* ご協力ありがとうございました \*\*\*\*\*

乳がん検診