

奈良県福祉医療部医療政策局疾病対策課 がん対策係 宛 (FAX 0742-27-8262)

子宮がん検診精密検査医療機関現況調査票(案)

回答者

(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。

※メールアドレスにつきましては、お手数ですが記入いただきますようお願いいたします。

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》

メールアドレス :

(2) 貴院の令和5年4月1日現在の状況をご記入下さい。

① 精密検査担当医師名をご記入下さい。

医師名	診療科	日本産婦人科学会専門医
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無

② 検査の実施について

	検査の可否	委託機関名
コルポスコープ検査	可 ・ 否	
細胞診検査	可 ・ 否	
組織診検査	可 ・ 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、登録継続を希望しますか。

→(希望する ・ 希望しない)

※市町村がん検診における精密検査医療機関の基準に満たない場合は、精密検査医療機関の登録の継続ができなくなります。



④ 精密検査実施状況について

※いただいた情報については、県ホームページに追加で掲載を予定しております。

曜日	
時間帯	
予約の有無	不要 ・ 要



(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。(令和4年4月1日 ~ 令和5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。 →理由() 4. 不明

以下の(4)(5)については、取りまとめて関係機関に情報提供を行う予定です。

(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。(なお、この情報については公表する予定です。)

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。(なお、この情報については公表する予定です。)

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 *****

子宮がん検診