



福集協発 186号
平成23年12月8日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
福岡県集団検診協議会
会 長 松 田 峻 一 良
(公印省略)

平成24年度（追加）各種検診実施医療機関の登録募集について

平成24年度（追加）各種検診実施医療機関の登録について、別紙1の登録申請基準に基づき申請を募集いたします。

つきましては、会員各位にご周知方いただき、貴会にてお取りまとめの上、平成24年1月27日（金）必着で本会までお送り下さいますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 今回の登録申請基準は、平成23・24年度各種検診実施医療機関の登録の際と変更はありません。
- 2) アンケートの記入に不備がある場合、申請書に担当医の自署がない場合等は返却となりますので、必ず地元医師会でチェックの上、ご提出下さいますようお願い申し上げます。

記

1. 登録募集項目

別紙1の登録申請基準参照

2. 申請方法

申請医療機関は別紙3の登録申請書並びに別紙4のアンケートをご記入の上、登録・審査料を添えて地元医師会へ申請して下さい。

3. 登録期間

平成24年4月1日～平成25年3月31日（1年間）

4. 登録締め切り

福岡県医師会へ平成24年1月27日（金）までに提出

5. 登録・審査料

別紙登録申請基準並びに登録申請書参照

※講習会未受講のため平成23・24年度の登録時に保留となった医療機関が、今年度開催の県あるいはブロック主催の講習会に1度以上ご出席の上、今回の申請をされる場合には審査・登録料は無料となります。

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 名取一幸
会長 蒲池 壽

追加申請される方は当医師会事務局へご連絡ください。申請書・アンケート用紙をお渡します。ご記入いただき、1月20日（金）までに登録・審査料を添付の上、当医師会事務局へご提出ください。

6. 医療機関の登録

医療機関の登録については、各部会委員会において申請内容を基に厳密な審査を行います。申請に不備がある場合は、貴会又は申請医療機関に直接照会することがありますのでご了承下さい。

7. 登録医療機関名簿の作成・配布

各種検診実施登録医療機関名簿を作成し、各郡市医師会・検診機関・市町村・保健福祉環境事務所・保健所等の関係機関に配布いたします。

8. 登録通知書

登録通知書は、本会より各登録医療機関へ直接通知いたします。

9. その他

①登録申請書の担当医名（担当科名）欄は、楷書にて自署願います。

②講習会（県主催又はブロック主催）の受講証のコピーを必ず添付して下さい。

ただし、新規入会等により今回新たに申請される医療機関や、新たに申請される検診項目につきましては、受講証のコピーは必要ありません。

③年度中途などの随時登録は行いません。

④アンケート（別紙4）を申請と同時に提出下さい。

新規開業の申請の場合、アンケートの回答は、開業場所での実績をご記入願います。実績が0の場合は、前勤務先並びに前勤務先の実績をご記入下さい。

※申請される項目については、全ての問いに必ずご回答下さい。回答のない場合は登録を保留することがあります。

⑤肺がん検診再精密検査および肝臓がん検診再精密検査につきましては、精密検査の登録申請が必要です。再精密検査のみの申請は出来ませんのでご注意願います。

⑥乳がん検診の「マンモグラフィ撮影のみ」並びに「視触診・マンモグラフィ撮影併用」の「国の求める仕様基準を満たした乳房X線撮影装置（マンモグラフィ）の機器」につきましては、添付の別紙6をご参照下さい。

⑦乳がん検診で「マンモグラフィ撮影のみ」もしくは「視触診・マンモグラフィ撮影併用」の申請医療機関が、「精密検査」も申請される場合の登録・審査料は、不要です。

⑧登録・審査料は、登録保留となった場合も返金いたしませんのでご了承下さい。

⑨登録申請書等関係書類は別添のとおりお送りします。不足の場合はご連絡下さい。

【今後の県主催の講習会の予定】

第2回前立腺がん検診講習会

平成24年1月24日（火） 19：00～ 於：福岡県医師会館5階

第2回大腸がん検診講習会

平成24年1月25日（水） 19：00～ 於：福岡県医師会館5階

第3回骨粗しょう症検診講習会

平成24年1月26日（木） 19：00～ 於：久留米医師会館

第3回胃がん検診講習会

平成24年1月27日（金） 19：00～ 於：北九州市立商工貿易会館

福岡県集団検診協議会 各種検診精密検査実施医療機関の登録について

各種検診精密検査実施医療機関の登録とは…

精密検査実施医療機関の精度管理・技術向上を目的とし、2年に1度登録を行います。

「精密検査実施医療機関」として登録されると…

登録名簿に掲載され、各市町村・保健所・一次検診機関等へ送付されるとともに、本会ホームページへ掲載されます。一次検診で要精密となった方々が登録名簿をもとに精密検査機関を受診します。

別紙登録基準をご熟読の上、ご登録いただきますようお願いいたします。

申請から登録までの流れ

申 請

- ・ 12月～1月頃
- ・ 各がん（①胃がん・大腸がん、②子宮がん、③肺がん、④乳がん、⑤肝臓がん、⑥骨粗しょう症、⑦前立腺がん）に定められた申請基準を満たしているか確認後、申請書・アンケートを記入し、郡市医師会を通じて、本協議会へ提出。

審 査

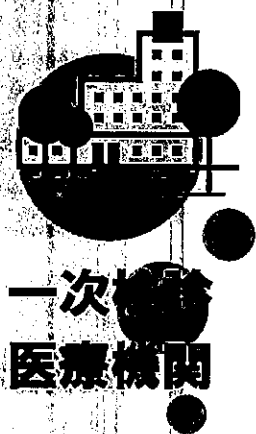
- ・ 2月頃
- ・ 各種検診部会にて審査。

登 録

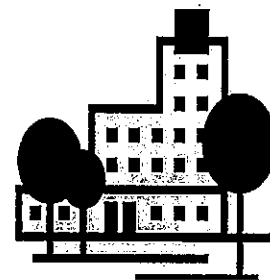
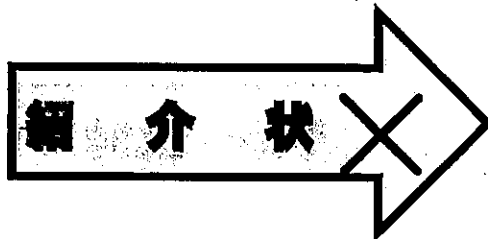
- ・ 3月～4月頃
- ・ 審査結果通知書、登録証を送付。

福岡県集団検診協議会からのお願い①

①一次検診機関への紹介状の求めについて、



一次検診
医療機関



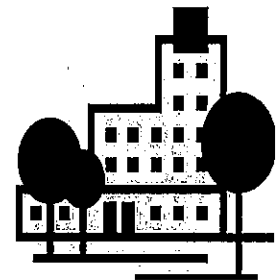
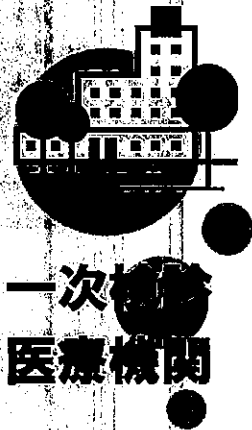
精密
医療機関

福岡県集団検診協議会からのお願い①

紹介状なしでも、一次検診機関の
結果票に基づき精密検査の実施を
お願いいたします。

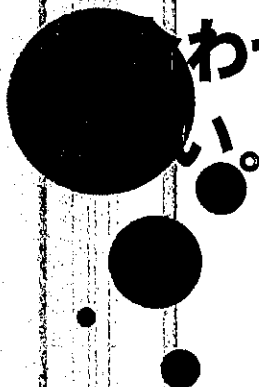
福岡県集団検診協議会からのお願い②

②精密検査の結果について、



福岡県集団検診協議会からのお願い②

検査結果は速やかに一次検診機関
へ通知し、一次検診機関からの問
合わせに対しては、必ずご返答く



平成 24 年度(追加)各種検診精密検査実施医療機関の登録申請基準

1. 胃がん検診精密検査実施医療機関について

1) 胃がん検診精密検査実施医療機関の基準

原則として電子内視鏡検査の機器を有し、検査に習熟していること。

2) 胃がん検診精密検査実施医療機関の役割

- ① 要精検者の検査結果及び資料を所定の検診票に記入の上、必ず提出すること。(依頼した内視鏡検査結果を含む)
- ② 読影委員会が内視鏡検査結果の貸出を求めたときはこれに応じること。
- ③ 手術を行った者については、その結果を報告すること。
- ④ 福岡県並びに各ブロック主催の講習会には必ず出席すること。講習会に、毎年度(年度:4月～翌年3月)1回以上の出席が無い場合は登録を保留する。講習会受講証又は出席証明書(コピー可)を登録申請書に必ず添付すること。

3) 登 録 期 間 平成 24 年 4 月 1 日～平成 25 年 3 月 31 日(1 年間)

4) 登録・審査料 10,000 円

2. 子宮がん検診精密検査実施医療機関について

1) 子宮がん検診精密検査実施医療機関の基準

- ① コルポスコピーの設備があり、十分な子宮がんの取り扱い経験年数があること。
- ② 講習会(実技講習)に必ず出席すること。
- ③ 必要資料(検査結果報告書等)の求めがあればこれに応じること。

(注) 子宮がん検診部会で精密検査実施医療機関としての妥当性に疑義のある場合、または毎年度(年度:4月～翌年3月)の講習会を欠席の場合には登録を保留する。

2) 登 録 期 間 平成 24 年 4 月 1 日～平成 25 年 3 月 31 日(1 年間)

3) 登録・審査料 3,000 円

3. 肺がん検診精密検査実施医療機関・再精密検査実施医療機関について

(1) 肺がん検診精密検査実施医療機関

1) 肺がん検診精密検査実施医療機関の基準

- ① 胸部写真の撮影並びにCTの撮影が出来ること。
- ② 肺がん読影に習熟していること。
- ③ CTの撮影が出来ない場合には撮影を依頼出来る医療機関を持っていること。

2) 肺がん検診精密検査実施医療機関の役割

- ① 精密検査結果通知書の報告をすること。
- ② フィルムの貸出を求めたときにはこれに応じること。
- ③ 講習会には必ず出席すること。毎年度(年度:4月～翌年3月)の講習会を欠席の場合は登録を保留する。

3) 登 録 期 間 平成 24 年 4 月 1 日～平成 25 年 3 月 31 日(1 年間)

4) 登録・審査料 3,000 円

(2) 肺がん検診再精密検査実施医療機関

1) 肺がん検診再精密検査実施医療機関の基準

- ① 肺がん検診精密検査実施医療機関からの紹介で気管支鏡検査等高度な診断治療を行う機関であること。
- ② 精密検査結果通知書の報告をすること。
- ③ フィルムの貸出を求めたときにはこれに応じること。
- ④ 講習会には必ず出席すること。毎年度(年度:4月～翌年3月)の講習会を欠席の場合は登録を保留する。

2) 登 録 期 間 平成 24 年 4 月 1 日～平成 25 年 3 月 31 日(1 年間)

3) 登録・審査料 無 料

4) その他

- ① 肺がん検診再精密検査実施医療機関は、精密検査実施機関の中から選出する。
- ② 肺がん検診部会で再精密検査実施医療機関としての妥当性に疑義のある場合には委嘱を保留することがある。

4. 乳がん検診実施医療機関・精密検査実施医療機関について

(1) 乳がん検診（視触診のみ）実施医療機関

1) 乳がん検診（視触診のみ）実施医療機関の役割

- ① 乳房の検診に習熟した医師により実施し、登録医療機関は、必ず講習会に出席すること。
毎年度（年度：4月～翌年3月）の講習会を欠席の場合は登録を保留することがある。
- ② 検診結果報告書の報告をすること。

2) 登録期間 平成24年4月1日～平成25年3月31日（1年間）

3) 登録・審査料 無料

(2) 乳がん検診（乳房X線撮影装置（マンモグラフィ）撮影のみ）実施医療機関

1) 乳がん検診（乳房X線撮影装置（マンモグラフィ）撮影のみ）実施医療機関の役割

- ① 国の求める仕様基準を満たしたマンモグラフィの機器を備えていること。（別紙参照）
- ② NPO法人マンモグラフィ精度管理中央委員会が認定するマンモグラフィ技術講習を受講した医師又は技師が撮影すること。あるいは、その監督のもと撮影すること。
- ③ 講習会には、医師・技師共に出席すること。
毎年度（年度：4月～翌年3月）の講習会を欠席の場合は登録を保留する。
- ④ 検診結果報告書の報告をすること。
- ⑤ 乳房撮影の写真は福岡県集団検診協議会の要請があれば貸出に応じること。
- ⑥ マンモグラフィの撮影写真が良くない場合は、登録を保留することがある。

2) 登録期間 平成24年4月1日～平成25年3月31日（1年間）

3) 登録・審査料 3,000円

(3) 乳がん検診（視触診・乳房X線撮影装置（マンモグラフィ）併用）実施医療機関

1) 乳がん検診（視触診・乳房X線撮影装置（マンモグラフィ）併用）実施医療機関の役割

- ① 視触診は乳房の検診に習熟した医師により実施すること。
- ② 国の求める仕様基準を満たしたマンモグラフィの機器を備えていること。（別紙参照）
- ③ NPO法人マンモグラフィ精度管理中央委員会が認定するマンモグラフィ技術講習を受講した医師又は技師が撮影すること。あるいは、その監督のもと撮影すること。
- ④ 講習会には、医師・技師共に出席すること。
毎年度（年度：4月～翌年3月）の講習会を欠席の場合は登録を保留する。
- ⑤ 検診結果報告書の報告をすること。
- ⑥ 乳房撮影の写真は福岡県集団検診協議会の要請があれば貸出に応じること。
- ⑦ マンモグラフィの撮影写真が良くない場合は、登録を保留することがある。

2) 登録期間 平成24年4月1日～平成25年3月31日（1年間）

3) 登録・審査料 3,000円

(4) 乳がん検診精密検査実施医療機関

1) 乳がん検診精密検査実施医療機関の基準

- ① 乳がんの診断に習熟した担当医師（乳がん学会の認定医であることが望ましい）が常勤していること。
- ② マンモグラフィ検診精度管理中央委員会の認定を受けた医師・放射線技師が常勤していることが望ましい。
（医師が撮影出来れば可）
- ③ 国の求める仕様基準を満たしたマンモグラフィ（別紙参照）と乳腺精検可能な超音波装置両方の機器を備えていること。
- ④ 乳がんの治療（バイオプシー、根治手術・放射線療法・化学療法を含めた集学的治療、術後のフォローアップまで）を完遂し得る態勢が備わっていること。ただし、組織検査、根治手術、放射線療法等については他の

乳がん検診精密検査実施医療機関との連携によってそれを行う態勢が確立されていれば可とする。

- ⑤ 精密検査実施医療機関に対する講習会に、毎年度（年度：4月～翌年3月）1回以上の出席が無い場合は登録を保留する。
- ⑥ マンモグラフィの撮影写真が良くない場合は、登録を保留することがある。（NPO法人マンモグラフィ精度管理中央委員会の施設画像評価を受けていることが望ましい）

※留意事項

- ① 外科・婦人科のみならずその他の診療科を併有する施設については、担当科（担当医）の委嘱に当たり各単独科ではなく病院長宛に推薦依頼をするので、病院長には適切な担当科（担当医）のご推薦をお願いしたい。
 - ② 乳房撮影、超音波の写真は福岡県集団検診協議会の要請があれば貸出に応じること。
 - ③ 精密検査結果報告書（検診実施医療機関用、市町村用）を検診実施医療機関へ報告すること。
 - ④ その他、乳がん検診部会において精検機関として妥当性に疑義があることが認められた場合には担当科（担当医）の委嘱を保留することがある。
 - ⑤ 登録医療機関講習会の受講証、あるいは日本乳癌学会、日本乳癌検診学会、日本乳癌学会九州地方会、日本臨床外科学会、九州内分秘外科学会のいずれかの学会の参加登録証のコピーを添付すること。
 - ⑥ 平成27・28年度の登録から「乳がん学会の認定医が常勤していること」が条件となる予定です。現時点から体制確保をご検討下さい。
- 2) 登 録 期 間 平成24年4月1日～平成25年3月31日（1年間）
- 3) 登録・審査料 3,000円（マンモグラフィ撮影のみ又は視触診・マンモグラフィ撮影併用の申請機関は不要）

5. 大腸がん検診精密検査実施医療機関について

1) 大腸がん検診精密検査実施医療機関の基準

全大腸内視鏡を保有し、大腸内視鏡検査に熟練した医師が常勤していること。また、注腸X線検査（二重造影法）が行えることが望ましい。

2) 大腸がん検診精密検査実施医療機関の条件

- ① 精密検査の方法は、全大腸内視鏡検査を第一選択肢とし、それが困難な場合は、S状結腸内視鏡検査＋注腸X線検査を実施すること。
- ② 精密検査結果通知書は必ず報告をすること。
- ③ フィルムの貸出を求められたときにはこれに応じること。
- ④ 講習会には必ず出席すること。毎年度（年度：4月～翌年3月）の講習会を欠席の場合は登録を保留する。
- ⑤ 精密検査として、再度、便潜血検査を実施し、その結果のみで大腸がんの有無を判定することはできない。
- ⑥ 手術又はポリペクトミーを施行された場合には必ず報告すること。

※留意事項

注腸エックス線検査単独による精密検査は勧められない。

- 3) 登 録 期 間 平成24年4月1日～平成25年3月31日（1年間）
- 4) 登録・審査料 3,000円

6. 肝臓がん検診精密検査実施医療機関・再精密検査実施医療機関について

(1) 肝臓がん検診精密検査実施医療機関

1) 肝臓がん検診精密検査実施医療機関の基準

- ① 肝臓病ことにウイルス肝炎の診療に熟知し、かつ超音波検査設備を有し、日常的にその手技に習熟し、相当地の経験と実績を有すること。
- ② 講習会には必ず出席すること。毎年度（年度：4月～翌年3月）の講習会を欠席の場合は登録を保留する。

2) 肝臓がん検診精密検査実施医療機関の役割

- ① 検査結果は本人に通知し、また検査依頼者及び肝臓がん検診部会に報告すること。

- 3) 登 録 期 間 平成24年4月1日～平成25年3月31日（1年間）
- 4) 登録・審査料 3,000円

(2) 肝臓がん検診再精密検査実施医療機関

1) 肝臓がん検診再精密検査実施医療機関の基準

- ① 肝臓がんの診療に関する十分な設備と実績を有すること。

※十分な設備とは、腹部超音波検査に加えて、腹部CT検査、MRIなどの検査を行い得ること。

2) 肝臓がん検診再精密検査実施医療機関の役割

- ① 肝臓がん検診の結果、精密検査が必要とされたものについて最終診断を行う。

また、治療が必要なものについては、その治療を担当するか、あるいは適切な医療機関にすみやかに治療を依頼すること。

- ② 検診および治療の結果については、検診実施医療機関（一次）、肝臓がん検診部会に報告すること。

- ③ ウイルス肝炎の診療・治療に熟知していること。

3) 登 録 期 間 平成24年4月1日～平成25年3月31日（1年間）

4) 登録・審査料 無 料

5) そ の 他

- ① 肝臓がん検診再精密検査実施医療機関は、精密検査実施医療機関の中から選ぶ。

- ② 肝臓がん検診部会で再精密検査実施医療機関としての妥当性に疑義のある場合には委嘱を保留することがある。

7. 骨粗しょう症検診精密検査実施医療機関について

1) 骨粗しょう症検診精密検査実施医療機関の基準

- ① 腰椎X線の撮影装置を有し、検査に習熟していること。

- ② 腰椎X線の読影に十分な経験があり、鑑別診断に習熟していること。

- ③ 骨密度測定装置*については、原則として備えていることが望ましい。

(*症例によっては骨塩量値を参考としてもよいが、腰椎X線（2方向）による鑑別診断は必須の条件である。)

2) 骨粗しょう症検診精密検査実施医療機関の役割

- ① 精密検査結果を所定の報告書に記入の上、提出すること。また、検査依頼者及び骨粗しょう症検診部会に報告すること。

- ② 精検フィルム貸出の求めがあれば、これに応じること。

- ③ 福岡県集団検診協議会が主催する講習会には必ず出席すること。毎年度（年度：4月～翌年3月）の講習会を欠席の場合は登録を保留する。

3) 登 録 期 間 平成24年4月1日～平成25年3月31日（1年間）

4) 登録・審査料 3,000円

5) そ の 他

- ① 骨粗しょう症検診部会で精密検査実施医療機関としての妥当性に疑義のある場合には委嘱を保留することがある。

8. 前立腺がん検診精密検査実施医療機関について

1) 前立腺がん検診精密検査実施医療機関の基準

- ① 前立腺の超音波装置を有し、検査に習熟していること。

- ② 前立腺の針生検に習熟した医師が常勤していること。

- ③ 要精密検査者の結果について、資料の求めがあれば、これに応じること。

- ④ 講習会には必ず出席すること。毎年度（年度：4月～翌年3月）の講習会を欠席の場合は登録を保留する。

2) 登 録 期 間 平成24年4月1日～平成25年3月31日（1年間）

3) 登録・審査料 3,000円

(※登録・審査料は登録を保留された場合にも返金いたしませんのでご了承下さい。)

平成 23 年 12 月

福岡県集団検診協議会

平成24年度(追加)各種検診実施医療機関の登録申請に関する留意事項

1. 登録申請に必要な書類は下記のとおりです。地元都市医師会を通じてご提出下さい。
 - ① 登 録 申 請 書
 - ② 登 録 ・ 審 査 料
 - ③ アンケート調査
 - ④ 各講習会受講証のコピー
2. 登録申請の基準・役割等を必ずご確認のうえ、申請して下さい。
3. 担当医名(担当科名)欄は、楷書にて自署願います。
担当医が3名以上の場合は、別の用紙(形式は問いません)に項目に分けて各々自署されたものを添付願います。
4. アンケートは、登録を希望される項目について、「記入例」をご参考のうえ、記入漏れがないようにご注意下さい。ご回答のないあるいは記入漏れ等がある場合には登録を保留いたしますのでご了承下さい。
5. 講習会の受講証のコピーは平成23年度(4月～12月)分を添付して下さい。
6. 新規開業の場合は、講習会の受講がない場合でも申請出来ます。
7. 乳がん検診[マンモグラフィ撮影のみ]及び[視触診・マンモグラフィ併用]の申請については、NPO 法人マンモグラフィ精度管理中央委員会認定のマンモグラフィ技術講習の受講証のコピーを必ず添付して下さい。
8. 新規開業した施設については、アンケート調査項目の問いは、開業場所での実績をご記入願います。実績が0の場合は、前勤務先の実績並びに前勤務先をご記入下さい。
9. 登録・審査料は、地元都市医師会を通じてお支払い下さい。
なお、登録を保留された場合も返金致しませんのでご了承下さい。
10. 登録申請書・アンケート調査は3枚目を医療機関控としてお取りいただき、1枚目(県医師会提出用)・2枚目(地元医師会控)を地元都市医師会へご提出願います。
11. 各種検診部会委員会から登録申請の件で、直接照会することがありますので、ご承知おき願います。
12. 審査終了後、登録医療機関へは登録通知書を送付いたします。

平成24年度(追加)各種検診精密検査実施医療機関

別紙 3

登 録 申 請 書

福岡県集団検診協議会

会長 松 田 峻一良 殿

平成24年度(追加)の登録を、登録・審査料_____円を添えて下記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

医 師 会

(ふりがな)
医療機関名

〒□□□-□□□□

(ふりがな)
管理者名

印

電 話 番 号 市外局番 () -

住 所

F A X 番 号 市外局番 () -

事務担当者氏名 (課・役職)

(課 役職)

※1. 登録申請の基準・役割を必ず確認の上、申請して下さい。

2. 肺がん・肝臓がん検診再精密検査につきましては、各々精密検査機関に申請がないものは申請出来ません。

3. 乳がん検診につきましては、4-1・4-2・4-3の併用申請は出来ません。

4. 乳がん検診精密検査につきましては、4-2・4-3の申請と併用の場合は登録・審査料は検診・精密検査併せて3,000円です。

5. 乳がん検診精密検査のみの申請も可能です。

6. 登録を希望する項目に○印をつけて担当医名(担当科名)欄は楷書にて自署願います。

担当医が3名以上の場合は、別の用紙(形式は問いません)に項目に分けて各々自署されたものを添付願います。

7. 講習会受講証の欄は、平成23年度保留の施設のみ該当するところに○印をつけて、受講証のコピーを添付して下さい。添付がない場合は、登録を保留することがあります。なお、講習会は12月までに開催されるものに限りです。

8. 登録希望の項目について別紙のアンケート調査について申請時にご回答下さい。ご回答のないあるいは記入漏れ等ある場合には登録を保留いたしますのでご了承下さい。

9. 登録・審査料は登録を保留された場合にも返金いたしませんのでご了承下さい。

項 目	登録・審査料	登録希望 (○印)	担 当 医 名 (担当科名) ※自署 (担当者が必ず楷書にて自署して下さい。)		平成23年度講習会の受講証 該当するところに○印をつけて下さい。			新規申請 更新申請 の別 いずれかに ○印をつけて 下さい。
					受講証(コピー)添付	受講証紛失	受講予定	
1 胃がん検診精密検査	10,000円		1. ()	2. ()		(月 日)	(12月 日)	・新規 ・更新
2 子宮がん検診精密検査	3,000円		1. ()	2. ()		(月 日)	(12月 日)	・新規 ・更新
3-1 肺がん検診精密検査	3,000円		1. ()	2. ()		(月 日)	(12月 日)	・新規 ・更新
3-2 肺がん検診再精密検査	無 料		1. ()	2. ()		(月 日)	(12月 日)	・新規 ・更新
4-1 乳 が ん 検 診 〔視触診のみ〕	無 料		1. ()	2. ()		(月 日)	(12月 日)	・新規 ・更新
4-2 乳 が ん 検 診 〔マンモグラフィ撮影のみ〕	3,000円		1. ()	2. ()		(月 日)	(12月 日)	・新規 ・更新
4-3 乳 が ん 検 診 〔視触診・マンモグラフィ併用〕	3,000円		1. ()	2. ()		(月 日)	(12月 日)	・新規 ・更新
4-4 乳がん検診精密検査	3,000円		1. ()	2. ()		(月 日)	(12月 日)	・新規 ・更新
5 大腸がん検診精密検査	3,000円		1. ()	2. ()		(月 日)	(12月 日)	・新規 ・更新
6-1 肝臓がん検診精密検査	3,000円		1. ()	2. ()		(月 日)	(12月 日)	・新規 ・更新
6-2 肝臓がん検診再精密検査	無 料		1. ()	2. ()		(月 日)	(12月 日)	・新規 ・更新
7 骨粗しょう症検診精密検査	3,000円		1. ()	2. ()		(月 日)	(12月 日)	・新規 ・更新
8 前立腺がん検診精密検査	3,000円		1. ()	2. ()		(月 日)	(12月 日)	・新規 ・更新

平成24年度(追加)各種検診精密検査実施医療機関
登録申請医療機関へのアンケート調査

- ※1 登録申請の基準・役割を必ず確認の上、申請して下さい。
※2 登録希望の項目について、全ての質問にご回答下さい。
※3 記入漏れ等がある場合には登録を保留いたしますのでご了承下さい。

福岡県集団検診協議会

平成 年 月 日

会長 松田 峻一良 殿

医師会

(ふりがな)
医療機関名

(ふりがな)
管理者名

㊞

住所 〒□□□-□□□□

電話番号 市外局番 () -

FAX番号 市外局番 () -

記入責任者氏名(担当課): () 問い合わせ先 e-mailアドレス

※記載内容についてお問い合わせすることがありますので必ずご記入下さい。

※各登録希望がん検診毎に記入責任者が異なる場合は、各がんのアンケート調査の空白部分に氏名並びに担当課をご記入下さい。

〔1〕胃がん検診精密検査実施登録申請医療機関

1. 上部消化管電子内視鏡機器の機種名並びに購入年をご記入下さい。(いずれかに○印をつけて下さい)
メーカー名・形式 _____ 購入年: 平成 _____ 年 1) 電子 2) ファイバー
メーカー名・形式 _____ 購入年: 平成 _____ 年 1) 電子 2) ファイバー
2. 過去1年間の胃内視鏡検査の施行例数 _____ 例
3. 過去1年間に胃がんと確定診断した症例数 _____ 例

〔2〕子宮がん検診精密検査実施登録申請医療機関

1. 過去1年間にクラスⅢa以上で受診した数 _____ 件 その内自施設での精密検査数 _____ 件
他機関への紹介 _____ 件
自施設での精密検査結果 (1) 異常なし _____ 件 (2) 異形成 _____ 件 (3) 上皮内癌 _____ 件 (4) 癌 _____ 件
(5) その他 _____ 件
2. コルポスコピーを備えておられますか。 1) 備えている 2) 備えていない (いずれかに○印をつけて下さい)
3. 子宮がんについてのトレーニングはどこでされましたか。 _____
4. トレーニングの経験年数は _____ 年

〔3〕肺がん検診精密検査実施登録申請医療機関

1. CTを (1) 備えている (2) 備えていない (いずれかに○印をつけて下さい)
※(2)の回答の場合、撮影を依頼できる医療機関がありますか。 ① ある ② ない
2. 肺がんについてのトレーニングはどこでされましたか。 _____
3. トレーニングの経験年数は _____ 年
4. 過去1年間の胸部CT検査の施行例数 _____ 例
5. 過去1年間に肺がん(疑いも含めて)と診断した症例数 _____ 例

〔4〕肺がん検診再精密検査実施登録申請医療機関

1. 内視鏡(気管支鏡)についてお尋ねいたします。
① 購入年: 昭和・平成 _____ 年 ② メーカー名 _____ ③ 型式 _____
2. 過去1年間に内視鏡(気管支鏡)の施行例数 _____ 例
3. 過去1年間に肺がんと確定診断した症例数 _____ 例

〔5〕乳がん検診(マンモグラフィ撮影のみ)・(視触診・マンモグラフィ併用)実施登録申請医療機関

- I. 整備機器
1. マンモグラフィ(別紙「国の仕様基準を満たした乳房X線撮影装置一覧表」の機種のみ有効)
① メーカー名 _____ ② 型式 _____
2. 精中委認定のマンモグラフィ技術講習受講者 ※受講証のコピーを必ず添付してください。
① 氏名 _____ ② 医師・技師の別 _____
③ 受講年月 平成 _____ 年 _____ 月 ④ 会場 _____ ⑤ 試験結果 _____

〔6〕乳がん検診精密検査実施登録申請医療機関

I. 整備機器

1. マンモグラフィ(別紙「国の仕様基準を満たした乳房X線撮影装置一覧表」の機種のみ有効)

① メーカー名 _____ ② 型 式 _____

2. 超音波診断装置(乳腺検査可能なもの)

① メーカー名 _____ ② 型 式 _____

II. 1. 精中委認定の医師・技師名 _____

2. 医師・技師の別 _____ 3. 常勤・非常勤の別 _____

III. 手術実施数(過去2年間)

ご都合によっては過去1年間でも結構です。また正確な例数の調査が著しく手間どるようでしたら、概数をご記入下さい。

1. 乳がん根治手術 実施症例数 _____ 例 (H 年 月 ~ H 年 月)

2. 摘出生検 実施例数 _____ 例 (H 年 月 ~ H 年 月)

IV. 1. 貴院のベッド数 _____ 床

2. 貴院の医師数 ① 常勤医 _____ 名 ② 乳腺外科医 _____ 名

3. 細胞診を実施しておられますか。 1) している 年間 _____ 例 2) していない

4. 針生検を実施しておられますか。 1) している 年間 _____ 例 2) していない

5. 乳がん学会の会員ですか。 1) 会 員 2) 非会員

6. 乳がん検診学会の会員ですか。 1) 会 員 2) 非会員

7. 乳がん学会の認定医ですか。 1) 認定医 2) 非認定医

8. 乳がん学会の専門医ですか。 1) 専門医 2) 非専門医

〔7〕大腸がん検診精密検査実施登録申請医療機関

1. 大腸内視鏡の機種名並びに購入年をご記入願います。

メーカー名・形式 _____ 購入年：平成 _____ 年

メーカー名・形式 _____ 購入年：平成 _____ 年

2. 過去1年間の大腸内視鏡検査の施行例数 _____ 例

3. 過去1年間に大腸がんと確定診断した症例数 _____ 例

〔8〕肝臓がん検診精密検査実施登録申請医療機関

1. 腹部エコーの ① メーカー名・形式 _____

② 購入年：平成 _____ 年 ③ 経験年数 _____ 年

④ 過去1年間の腹部エコーの検査例数 _____ 例

2. 過去1年間に肝臓がんを疑い、再精密検査の結果肝臓がんの確定診断がなされた症例数 _____ 例

〔9〕肝臓がん検診再精密検査実施登録申請医療機関

1. CT検査装置 メーカー名・形式 _____

2. MRI検査装置 メーカー名・形式 _____

3. 超音波ガイド下肝生検 (1) 施行可能 (2) 施行不可能

4. 血管造影装置 メーカー名・形式 _____

5. 過去1年間の肝疾患に関する検査実施

(1) 腹部超音波検査 _____ 例 (3) MRI _____ 例

(2) 腹部CT検査 _____ 例 (4) 腹部血管造影 _____ 例

〔10〕骨粗しょう症検診精密検査実施登録申請医療機関

1. 腰椎X線の撮影装置を備えておられますか。 (1) 備えている (2) 備えていない

2. 骨密度測定装置(DXA法等)を備えておられますか。 (1) 備えている (2) 備えていない

① メーカー名 _____ ② 型 式 _____ ③ 購入年：昭和・平成 _____ 年

〔11〕前立腺がん検診精密検査実施登録申請医療機関

1. 超音波診断装置 1) 経腹的 2) 経直腸的 3) 経腹的および経直腸的 4) なし

2. 自動針生検機器 1) あり 2) なし

3. 前立腺生検方法 1) 超音波監視下系統的 2) その他 3) しない

4. 過去1年間のPSA陽性者数 _____ 名

5. 過去1年間の前立腺生検件数 _____ 件

6. 過去1年間の生検結果前立腺がん _____ 例

7. 福岡県泌尿器科医会 1) 会 員 2) 非会員

ご協力ありがとうございました

平成24年度(追加)各種検診精密検査実施医療機関
登録申請医療機関へのアンケート調査(記入例)

- ※1 登録申請の基準・役割を必ず確認の上、申請して下さい。
※2 登録希望の項目について、全ての質問にご回答下さい。
※3 記入漏れ等がある場合には登録を保留いたしますのでご了承下さい。

福岡県集団検診協議会

会長 松田 峻一良 殿

平成 年 月 日

郡 市 医師会

(ふりがな) けん い びょう いん
医療機関名 県 医 病 院

(ふりがな) ふく おか た ろう
管理者名 福 岡 太 郎



住 所 〒812-8551

電話番号 市外局番 (092) 431-4564

福岡市博多区博多駅南2丁目9-30

FAX番号 市外局番 (092) 411-6858

記入責任者氏名(担当課): 福岡 次郎 (総務課) 問い合わせ先 e-mailアドレス 〇〇〇〇@fukuoka.med.or.jp

※記載内容についてお問い合わせすることがありますので必ずご記入下さい。

※各登録希望がん検診毎に記入責任者が異なる場合は、各がんのアンケート調査の空白部分に氏名並びに担当課をご記入下さい。

[1] 胃がん検診精密検査実施登録申請医療機関

1. 上部消化管電子内視鏡機器の機種名並びに購入年をご記入下さい。(いずれかに○印をつけて下さい)
メーカー名・形式 オリンパス GIF-XP260 購入年: 平成 19 年 ① 電子 2) ファイバー
メーカー名・形式 購入年: 平成 年 1) 電子 2) ファイバー
2. 過去1年間の胃内視鏡検査の施行例数 1,000 例
3. 過去1年間に胃がんと確定診断した症例数 15 例

[2] 子宮がん検診精密検査実施登録申請医療機関

1. 過去1年間にクラスⅢa以上で受診した数 30 件 その内自施設での精密検査数 30 件
他機関への紹介 5 件
自施設での精密検査結果 (1) 異常なし 5 件 (2) 異形成 20 件 (3) 上皮内癌 3 件 (4) 癌 2 件
(5) その他 0 件
2. コルポスコピーを備えておられますか。① 備えている 2) 備えていない (いずれかに○印をつけて下さい)
3. 子宮がんについてのトレーニングはどこでされましたか。〇〇大学、△△病院
4. トレーニングの経験年数は 10 年

[3] 肺がん検診精密検査実施登録申請医療機関

1. CTを (1) 備えている ② 備えていない (いずれかに○印をつけて下さい)
※(2)の回答の場合、撮影を依頼できる医療機関がありますか。① 有る ② ない
2. 肺がんについてのトレーニングはどこでされましたか。〇〇大学、△△病院
3. トレーニングの経験年数は 10 年
4. 過去1年間の胸部CT検査の施行例数 50 例
5. 過去1年間に肺がん(疑いも含めて)と診断した症例数 5 例

[4] 肺がん検診再精密検査実施登録申請医療機関

1. 内視鏡(気管支鏡)についてお尋ねいたします。
① 購入年: 昭和・平成 10 年 ② メーカー名 オリンパス ③ 型 式 BF-P40
2. 過去1年間に内視鏡(気管支鏡)の施行例数 30 例
3. 過去1年間に肺がんと確定診断した症例数 10 例

[5] 乳がん検診(マンモグラフィ撮影のみ)・(視触診・マンモグラフィ併用)実施登録申請医療機関

- I. 整備機器
1. マンモグラフィ(別紙「国の仕様基準を満たした乳房X線撮影装置一覧表」の機種のみ有効)
① メーカー名 東芝メディカルシステムズ ② 型 式 MGU-100D
2. 精中委認定のマンモグラフィ技術講習受講者 ※受講証のコピーを必ず添付してください。
① 氏 名 福岡 太郎 ② 医師・技師の別 医師
③ 受講年月 平成 19 年 5 月 ④ 会 場 〇〇県 △△病院 ⑤ 試験結果 AS

〔6〕乳がん検診精密検査実施登録申請医療機関

I. 整備機器

1. マンモグラフィ(別紙「国の仕様基準を満たした乳房X線撮影装置一覧表」の機種のみ有効)

① メーカー名 東芝メディカルシステムズ ② 型 式 MGU-100D

2. 超音波診断装置(乳腺検査可能なもの)

① メーカー名 アロカ ② 型 式 SSD-2000II. 1. 精中委認定の医師・技師名 ○ ○ ○ ○2. 医師・技師の別 医師 3. 常勤・非常勤の別 常勤

III. 手術実施数(過去2年間)

ご都合によっては過去1年間でも結構です。また正確な例数の調査が著しく手間どるようでしたら、概数をご記入下さい。

1. 乳がん根治手術 実施症例数 30 例(H21年1月～H22年12月)2. 摘出生検 実施例数 12 例(H21年1月～H22年12月)IV. 1. 貴院のベッド数 200 床2. 貴院の医師数 ① 常勤医 14 名 ② 乳腺外科医 2 名3. 細胞診を実施しておりますか。 ① ① している 年間 10 例 2) していない4. 針生検を実施しておりますか。 ① ① している 年間 10 例 2) していない5. 乳がん学会の会員ですか。 ① ① 会 員 2) 非会員6. 乳がん検診学会の会員ですか。 ① ① 会 員 2) 非会員7. 乳がん学会の認定医ですか。 ① ① 認定医 2) 非認定医8. 乳がん学会の専門医ですか。 ① ① 専門医 2) 非専門医

(いずれかに○)

〔7〕大腸がん検診精密検査実施登録申請医療機関

1. 大腸内視鏡の機種名並びに購入年をご記入願います。

メーカー名・形式 オリンパスCF-240AI 購入年：平成 14 年メーカー名・形式 購入年：平成 年2. 過去1年間の大腸内視鏡検査の施行例数 150 例3. 過去1年間に大腸がんと確定診断した症例数 5 例

〔8〕肝臓がん検診精密検査実施登録申請医療機関

1. 腹部エコーの ① メーカー名・形式 アロカ SSD-5500② 購入年：平成 14 年 ③ 経験年数 17 年④ 過去1年間の腹部エコーの検査例数 50 例2. 過去1年間に肝臓がんを疑い、再精密検査の結果肝臓がんの確定診断がなされた症例数 5 例

〔9〕肝臓がん検診再精密検査実施登録申請医療機関

1. CT検査装置 メーカー名・形式 東芝X vision REAL2. MRI検査装置 メーカー名・形式 GE Discovery MR750 3.0T3. 超音波ガイド下肝生検 ① ① 施行可能 (2) 施行不可能 (いずれかに○)4. 血管造影装置 メーカー名・形式 東芝 KXO 100G

5. 過去1年間の肝疾患に関する検査実施

(1) 腹部超音波検査 1,500 例 (3) MRI 300 例(2) 腹部CT検査 1,000 例 (4) 腹部血管造影 80 例

〔10〕骨粗しょう症検診精密検査実施登録申請医療機関

1. 腰椎X線の撮影装置を備えておられますか。 ① ① 備えている (2) 備えていない (いずれかに○)2. 骨密度測定装置(DXA法等)を備えておられますか。 ① ① 備えている (2) 備えていない① メーカー名 アロカ ② 型 式 DCS-600EX ③ 購入年：昭和・平成 7 年

〔11〕前立腺がん検診精密検査実施登録申請医療機関

1. 超音波診断装置 ① ① 経腹的 ② ② 経直腸的 ③ ③ 経腹的および経直腸的 4) なし (装置があるものに○)2. 自動針生検機器 ① ① あり 2) なし3. 前立腺生検方法 ① ① 超音波監視下系統的 2) その他 3) しない } (いずれかに○)4. 過去1年間のPSA陽性者数 50 名5. 過去1年間の前立腺生検件数 40 件6. 過去1年間の生検結果前立腺がん 5 例7. 福岡県泌尿器科医会 ① ① 会 員 2) 非会員 (いずれかに○)

ご協力ありがとうございました

国の仕様基準を満たした乳房X線撮影装置一覧表

メーカー名	装置名
東芝メディカルシステムズ株式会社	MGU-100D MGU-100B MGU-200B MGS-100B MGU-100A MGU-200A MGS-100A MGU-1000A MGU-1000D形MAMMOREX Pe·ru·ruDIGITAL
コニカミノルタエムジー株式会社	MGU-100B (Mermaid) REGIUS PURE VIEW
GEヘルスケア・ジャパン株式会社 (旧:GE横河メディカルシステムズ株式会社)	Senographe 800T Senographe DMR Senographe DMR+ Senographe 2000D Senographe DS Senographe DS Depister Senographe DS LaVerite Senographe Essential Senographe Essential-e
(旧:東洋メディック)	Diamond Performa Alpha RT
シーメンス旭メディテック株式会社	MAMMOMAT 3000nova MAMMOMAT 3000 MAMMOMAT 1000 MAMMOMAT 300 MAMMOMAT 3 MAMMOMAT 2 MAMMOMAT Novation DR MAMMOMAT Inspiration
株式会社 日立メディコ	LORAD M-IV LORAD M-IV (SELENIA) LORAD Affinity
株式会社 島津製作所	SEPIO SEPIO H (SEPIO Prime、SEPIO Plus) SEPIO C (SEPIO Stage、SEPIO Standard) SEPIO NUANCE DT
フィリップスメディカルシステムズ株式会社	Mammo Diagnost 3000 Mammo Diagnost DR
アドアメディカル株式会社	MXR-2000s および MXR2000
富士フイルムメディカル株式会社	AMULET (FUJIFILM FPD装置) AMULET f AMULET s