



福集協発第107号

平成30年12月7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)

2019・2020年度各種検診実施医療機関の登録募集について

2019・2020年度（以下、「来期」とする。）各種検診実施登録医療機関の募集について、別添のとおり、ご案内いたします。

新規申請医療機関対象の申請書類については貴会にお送り（印刷会社より13日頃に直送）いたしますが、平成29・30年度（以下、「今期」とする。）の登録医療機関（別紙一覧表参照）に対しては、登録内容等を印字した申請書・アンケート等関係書類を12月7日付で直接お送りする予定です。

つきましては、本件について貴会会員へご周知いただき、貴会にて申請医療機関名簿及び審査料並びに申請書類等をお取りまとめの上、**平成31年1月28日（月）必着**で本会地域医療課へお送り下さいますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 新規に登録を希望される医療機関は、貴会より登録申請書等の書類をお渡しください。（新規の登録申請書等関係書類は印刷業者より13日頃に貴会へ直接お送りします。）

※登録申請書をお渡しになる際は、必ず別紙の現登録医療機関一覧表をご確認いただき、今期の登録医療機関へお渡しされないようお願いします。

- 2) アンケートの記入に不備がある場合は返却となりますので、必ず各医師会でチェックの上、ご提出下さい。

記

【2019・2020年度各種検診実施登録医療機関申請の留意事項】

1. 登録申請基準の主な変更点

< 1. 胃がん検診精密検査 >

- 1) 「②胃内視鏡検査施行例数「0」例の医療機関は登録できません。」を追加

< 3. 肺がん検診精密検査 >

- 2) 「④内視鏡（気管支鏡）の施行例数が「0」例の場合は、登録を保留する場合があります。」を追加

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 淡河喜雄
会長 島田昇二郎

1月18日（金）までに当医師会事務局へご提出ください。現在の登録医療機関には直接案内がございます。新規申請の方は、申請書・アンケート用紙が当医師会事務局にございますので、ご連絡ください。

< 5. 大腸がん検診精密検査 >

- 1) 「②大腸内視鏡施行例数が「0」例の医療機関は登録できません。」を追加

< 6. 肝臓がん検診再精密検査 >

- 1) 「②日本肝臓学会肝臓専門医が勤務していること。(常勤・非常勤は問わない。)」を追加

< 8. 前立腺がん検診精密検査 >

- 1) ②「超音波監視下に系統的」を追記

2. アンケート調査票の主な変更点

< [4] 肺がん検診再精密検査 >

- 4. 「4. 気管支鏡専門医がいますか。」を追加

< [8] 肝臓がん検診精密検査 >

- 1. 腹部エコーの①メーカー名・形式を削除

< [9] 肝臓がん検診再精密検査 >

- 1. CT検査装置の項に「列数」を追加
- 2. MRI検査装置の項に「テスラ数」を追加

3. 登録募集項目/登録・審査料

「各種検診精密検査等実施医療機関の登録申請基準」をご参照下さい。

- 1) 肺がん検診再精密検査及び肝臓がん検診再精密検査については、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。
- 2) 乳がん検診（マンモグラフィ撮影）及び乳がん検診精密検査を申請する場合の登録・審査料は、併せて3,000円です。
- 3) 登録・審査料は、登録保留となった場合も返金致しませんので何卒ご了承下さい。

4. 提出物

- ①登録申請書 ②登録・審査料 ③アンケート調査票
- ④その他必要書類（受講証のコピー等）

5. 申請書

< 新規 >

新規とは、今期にどの検診項目にも登録がなく、来期より新たに登録を希望される医療機関のことを言います。同医療機関については、貴会より申請書をお渡し下さい。

< 更新 >

今期の登録医療機関については、登録内容等を印字した申請書等関係書類を直接お送りしております。なお、当該医療機関において新たな項目を申請する場合には、同申請書及びアンケート調査票に記入してください。

6. 申請方法

各種検診精密検査等実施医療機関の登録申請基準の申請する検診項目を必ずご確認の上、ご申請下さい。

＜新規＞

- 1) 各医師会より新規の申請書をお渡しいただき、申請書及びアンケート調査票の申請する内容を全て記入の上、上記提出物を所属の郡市医師会へご提出ください。
- 2) 複写式〔①（地元医師会経由福岡県医師会へ）②（地元医師会控え）③医療機関控〕になっておりますので、①は本会へ提出、②は貴会にて保管、③は申請医療機関にて保管してください。

＜更新＞

- 1) 申請書及びアンケート調査票に、新規・追加申請項目の記載内容を色ペン（赤ボールペン等）で追記・修正いただき、押印の上、上記提出物を所属の郡市医師会へご提出ください。
- 2) 申請書及びアンケート調査票については、複写式になっておりません。問合せをさせていただく場合がありますので、申請医療機関及び各医師会でコピーし、保管して下さい。

7. 記載留意点

＜申請書＞

- 1) 修正箇所の訂正印は必要ありません。
- 2) 登録状況の記載がある項目で今回は申請しない場合（例：今期は胃がん精密検査実施医療機関として登録していたが来期は登録しない）、色ペン（赤ボールペン等）で二重線を引いてご提出下さい。
- 3) 担当医名（担当科名）欄は、楷書にて必ず 自署 して下さい。既に印字されている担当医から変更がない場合は、担当医の自署は必要ありません。
- 4) 担当医が3名以上となる場合でも、記載は2名までとして下さい。
- 5) 本年度の講習会受講要件については、審査時に受講が間に合わない場合でも、年度内に開催される講習会があれば、同講習会を受講することで要件を満たすことができますので、受講予定日を記載して下さい。

＜アンケート調査票＞

- 1) 申請項目の質問は、記載例をご参照のうえ、必ず全て回答して下さい。
- 2) 乳がん検診（マンモグラフィ撮影）及び乳がん検診精密検査実施登録医療機関のアンケートにある「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、添付の一覧をご参照下さい。
- 3) 新規開業の場合、アンケート調査票の質問は、開業施設での実績をご記入下さい。実績が無い場合は、前勤務先を記載したうえで、前勤務先での実績をご記入下さい。
- 4) 更新医療機関について、アンケート調査票中、症例数等の変更が見込まれる数字は印字しておりません。

- 5) 登録内容の記載がある項目で今回は申請しない場合（例：今期は胃がん精密検査実施医療機関として登録していたが来期は登録しない）、色ペン（赤ボールペン等）で二重線を引いてご提出下さい。

8. 添付書類

＜講習会関係＞

- 1) 新規に申請される検診項目につきましては、受講証（写し）は必要ありません。
- 2) 更新申請については、年度1回以上の講習会の出席が要件となっております。
本会で確認出来ている講習会の出席については、今期の登録機関にお送りしている申請書の受講確認済欄に「○」を印字しております。「○」がついていない更新項目については、県又はブロック等主催の対象講習会の受講証（写し）を必ず添付して下さい。
- 3) 本年度の講習会受講要件については、審査時に受講が間に合わない場合でも、年度内に開催される講習会があれば、その講習会を受講することで同要件を満たすことができますので添付は不要です。

＜乳がん検診（マンモグラフィ撮影）・乳がん検診精密検査＞

- 1) 乳がん検診（マンモグラフィ撮影）もしくは乳がん検診精密検査実施登録医療機関の登録を申請する場合、①新規の医療機関及び②今期登録時の画像評価で「C」又は「D」判定であった医療機関については**事前（1月中旬まで）に画像評価を受けていただく必要があります。**①については、画像評価のための書類をお送りいたしますので本会事務局（092-431-4564）までご連絡いただきますようご案内下さい。②については、前回同様の方法で施設画像評価を受けて下さい。（本年度に精度管理中央機構の画像評価を受けている場合は、その際の評価シートでも構いません。）
- 2) NPO法人日本乳がん検診精度管理中央機構認定のマンモグラフィ読影・技術講習会の受講証のコピーを必ず添付してください。（乳がん検診（マンモグラフィ撮影）については、技術講習会のみ）
- 3) 乳がん検診精密検査実施登録医療機関の申請において、日本乳がん学会認定医のみ勤務している場合は、認定証の写しを添付して下さい。
- 4) 非常勤医師の記載をした場合は、雇用契約書の写しを添付して下さい。

9. 申請締切

会員から郡市医師会へ : 2019年1月18日（金）
郡市医師会から県医師会へ: 2019年1月30日（水）

10. 登録期間

2019年4月1日～2021年3月31日（2年間）

11. 申請医療機関の審査・登録

医療機関の登録については、各種検診部会において申請内容を基に厳密な審査を行います。アンケートの内容等に不備がある場合は、直接照会することがありますのでご了承下さい。

12. 登録医療機関名簿の作成・公表

登録医療機関名簿を本会HPにて公表いたします。希望されない場合は、事前にご連絡下さい。

13. 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。

14. その他留意事項

①年度途中での随時の登録は行っておりません。（2年に1回の登録のみ）

※審査後に新規開設した医療機関等で登録審査を受けられない医療機関については、2年目からの追加登録として来年度12月頃に募集を行います。

②申請する検診項目が無い場合は、申請書を提出する必要はありません。

③現時点で本会が確認できている今期登録医療機関の受講記録については、一覧を添付致しますので問合せの際にはお手数ですがご対応をお願いします。

④乳がん検診（マンモグラフィ撮影）及び乳がん検診精密検査の登録医療機関については、審査終了後、画像評価を実施します。

以上

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度登録を行っています。

「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、本会ホームページに掲載するとともに、各市町村・保健所・一次検診機関等へ情報提供いたします。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、ご登録申請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
- ・各種検診(胃がん・大腸がん・子宮がん・肺がん・乳がん・肝臓がん・前立腺がん・骨粗しょう症)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、本会へ提出。 ※登録・審査料も郡市医師会経由

審 査

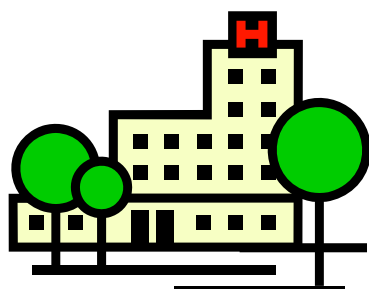
- ・2月頃
- ・各検診部会にて審査。

登 録

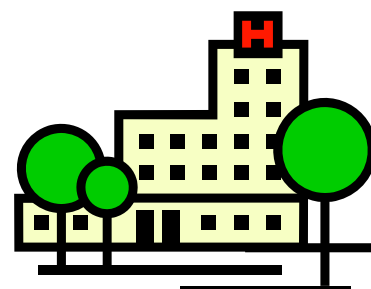
- ・4月頃
- ・審査結果通知書、登録証を送付。

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



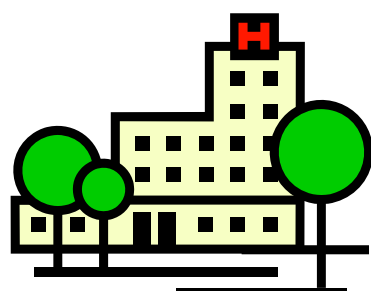
精密
医療機関

福岡県集団検診協議会からのお願い①

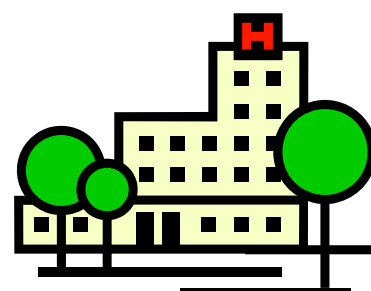
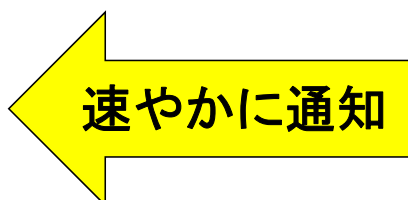
紹介状なしでも、一次検診機関の結果票
に基づき精密検査の実施をお願いいたし
ます。

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



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い合わせに対しては、必ずご返答ください。

2019・2020 年度年度各種検診精密検査等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

- ① 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 胃内視鏡検査施行例数「0」例の医療機関は登録できません。

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（画像）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 画像データ・フィルムの貸出を求めたときにはこれに応じること。（提出にかかる経費は登録機関が負担する）
- ⑤ 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。

3) 登 録 期 間 2019年4月1日～2021年3月31日（2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、十分な子宮がん精密検査に対する経験年数（実績）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。（提出にかかる経費は登録機関が負担する）
- （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、又は毎年度（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 2019年4月1日～2021年3月31日（2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C T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 C Tの撮影が出来ない場合には撮影を依頼出来る医療機関と連携していること。

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 画像データ・フィルムの貸出を求めたときにはこれに応じること。（提出にかかる経費は登録機関が負担する）
- 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。
- ④ 内視鏡（気管支鏡）の施行例数が「0」例の場合は、登録を保留する場合があります。

3) 登 録 期 間 2019年4月1日～2021年3月31日（2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 画像データ・フィルムの貸出を求めたときにはこれに応じること。（提出にかかる経費は登録機関が負担する）

2) 登 録 期 間 2019年4月1日～2021年3月31日（2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（乳房X線撮影装置（マンモグラフィ）撮影）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）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 N P O 法人日本乳がん検診精度管理中央機構（以後、「N P O 法人精中機構」とする）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。（提出にかかる経費は登録機関が負担する）
- 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。（N P O 法人精中機構または福岡県医師会の施設画像評価を受けること。N P O法人精中機構の施設画像評価を可能な限り受けること。）

2) 登 録 期 間 2019年4月1日～2021年3月31日（2年間）

3) 登 録 ・ 審 査 料 3,000 円

(2) 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医師（日本乳癌学会の認定医あるいは専門医・指導医）が原則常勤していること。
- ② N P O 法人精中機構の認定を受けた医師・放射線技師が原則常勤していること。
- 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）と乳腺検診可能な超音波装置療法の機器を備えていること。
- ④ 乳がんの治療（組織検査、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 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。（提出にかかる経費は登録機関が負担する。）
- 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。（N P O 法人精中機構または福岡県医師会の施設画像評価を受けていること。N P O法人精中機構の施設画像評価を可能な限り受けること。）

※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医師会の要請があれば貸出に応じること。（費用が発生する場合は登録機関が負担する）
- 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。

2) 登 録 期 間 2019年4月1日～2021年3月31日（2年間）

3) 登 録 ・ 審 査 料 3,000 円（マンモグラフィ撮影の登録申請機関は不要）

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

- ① 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 大腸内視鏡検査施行例数「0」例の医療機関は登録できません。

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 画像データ・フィルムの貸出を求めたときにはこれに応じること。（提出にかかる経費は登録機関が負担する）
- 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。
- ⑦ （留意事項）注腸X線検査単独による精密検査は勧められない。

３）登 録 期 間 2019年4月1日～2021年3月31日（2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及び肝臓がんのハイリスクグループの診療に熟知し、かつ超音波検査設備を有し、日常的にその手技に習熟し、相当度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

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 2019年4月1日～2021年3月31日（2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、造影剤を用いた腹部CT検査、MRI、血管造影などの検査を行い得ること。なお、MRIの場合にはEOBを用いた造影検査を行い得ること。
- ② 日本肝臓学会肝臓専門医が勤務していること。（常勤・非常勤は問わない。）

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 2019年4月1日～2021年3月31日（2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 画像データ・フィルム貸出の求めがあれば、これに応じること。（提出にかかる経費は登録機関が負担する）
- 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 2019年4月1日～2021年3月31日（2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 前立腺の超音波診断装置を有し、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、超音波監視下に系統的針生検を実施していること。（過去1年間に実績がない場合には、登録保留または見送りになる場合があります。）
- 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。（提出にかかる経費は登録機関が負担する）
- 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）を欠席の場合は登録を見送り又は保留する。

２）登 録 期 間 2019年4月1日～2021年3月31日（2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。

2018年11月
公益社団法人福岡県医師会
福岡県集団検診協議会

2019・2020 年度各種検診精密検査等実施医療機関
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。

公益社団法人 福岡県医師会
福岡県集団検診協議会

会長 松 田 峻一良 殿

平成 年 月 日

〇〇市 医師会

医療機関名 （ふりがな） 県 医 病 院 管理者名 （ふりがな） 福 岡 太 郎 〇 印

住 所 〒 8 1 2 - 8 5 5 1 電話番号 市外局番 （ 0 9 2 ） 4 3 1 - 4 5 6 4

福岡市博多区博多駅南2丁目9-30 FAX 番号 市外局番 （ 0 9 2 ） 4 1 1 - 6 8 5 8

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。
※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。（いずれかに〇印をつけて下さい）
メーカー名・形式 オリンパス GIF-XP260 購入年：西暦 2007 年 1 電子 2) ファイバー
メーカー名・形式 _____ 購入年：西暦 _____ 年 1) 電子 2) ファイバー
2. 過去1年間（2017.12～2018.11）の胃内視鏡検査の施行例数 1,000 例
3. 過去1年間（2017.12～2018.11）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（2017.12～2018.11）に細胞診断異常で受診した数 30 件 その内自施設での精密検査数 25 件
他機関への紹介 5 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 （いずれかに〇印をつけて下さい）
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. C T を （1）備えている 2 備えていない （いずれかに〇印をつけて下さい）
※（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。 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（2017.12～2018.11）の胸部C T 検査の施行例数 50 例
5. 過去1年間（2017.12～2018.11）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最新の購入年：西暦 2008 年 ②メーカー名 オリンパス ③型 式 BF-P40
2. 過去1年間（2017.12～2018.11）に内視鏡（気管支鏡）の施行例数 30 例
3. 過去1年間（2017.12～2018.11）に肺がんと確定診断した症例数 10 例
4. 気管支鏡専門医がいますか。 1 いる 2) いない （いずれかに〇印をつけて下さい）

〔5〕乳がん検診（マンモグラフィ撮影）実施登録申請医療機関

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. NPO 法人日本乳がん検診精度管理中央機構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 西暦 2007 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-2000

II. 手術・検査等実施全数（過去1年間（2017.12～2018.11））

※正確な例数の調査が著しく手間取るようでしたら、概数をご記入ください。

1. 乳がん根治手術 実施症例数 30 例
2. マンモグラフィ検査件数 30 例
3. エコー検査件数 30 例

- III. 1. 細胞診を実施していますか。 1 している年間 10 例 2) していない
2. 針生検を実施していますか。 1 している年間 10 例 2) していない
3. 日本乳癌学会の会員がいますか。 1 いる 常勤・非常勤※週 _____ 回勤務 2) いない
4. 日本乳癌検診学会の会員がいますか。 1 いる 常勤・非常勤※週 _____ 回勤務 2) いない
5. 日本乳癌学会の認定医がいますか。 1 いる 常勤・非常勤※週 _____ 回勤務 2) いない
6. 日本乳癌学会の専門医・指導医がいますか。 1 いる（常勤・非常勤※週 2 回勤務）2) いない
7. 日本乳がん検診精度管理中央機構認定の医師・技師がいますか。（いずれかに〇）
①医師 1 いる 常勤・非常勤※週 _____ 回勤務 2) いない
②技師 1 いる（常勤・非常勤※週 3 回勤務）2) いない

※非常勤の場合は、雇用契約書の写しを添付ください。

※日本乳癌学会の認定医のみ勤務している場合は、認定証の写しを添付ください。

〔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：西暦 2002 年
メーカー名・形式 _____ 購入年：西暦 _____ 年
2. 過去1年間（2017.12～2018.11）の大腸内視鏡検査の施行例数 150 例
3. 過去1年間（2017.12～2018.11）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購入年：西暦 2002 年 ②経験年数 17 年
③過去1年間（2017.12～2018.11）の検査例数 50 例
2. 過去1年間（2017.12～2018.11）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. C T 検査装置 メーカー名・形式 東芝 Aquilion64 （ 64 列）
2. MR I 検査装置 メーカー名・形式 フィリップス Achieva (1.5 テスラ)
3. 血管造影装置 メーカー名・形式 島津製作所 Trinias C12
4. 過去1年間（2017.12～2018.11）の肝疾患に関する検査実施
腹部超音波検査 1,500 例 MR I 300 例
腹部C T 検査 1,000 例 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 備えている 2) 備えていない （いずれかに〇）
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（いずれかに〇）
①メーカー名 アロカ ②型 式 DCS-600EX ③購入年：西暦 2002 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（装置があるものに〇）
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 } （いずれかに〇）
4. 過去1年間（2017.12～2018.11）のP S A 陽性者数 50 名
5. 過去1年間（2017.12～2018.11）の前立腺生検件数 40 件
6. 過去1年間（2017.12～2018.11）の生検結果前立腺がん 5 例
7. 福岡県泌尿器科医会 1 会 員 2) 非会員 （いずれかに〇）

ご協力ありがとうございました。

2019・2020 年度各種検診精密検査等実施医療機関登録申請に関する留意事項

1. 登録募集項目/登録・審査料

「各種検診精密検査等実施医療機関の登録申請基準」をご参照下さい。

- 1) 肺がん検診再精密検査及び肝臓がん検診再精密検査については、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。
- 2) 乳がん検診（マンモグラフィ撮影）申請医療機関が乳がん検診精密検査も申請する場合の登録・審査料は、併せて3,000円です。
- 3) 登録・審査料は、登録保留となった場合も返金致しませんのでご了承下さい。

2. 提出物

①登録申請書 ②登録・審査料 ③アンケート調査票 ④その他必要書類（受講証のコピー等）

3. 申請方法

各種検診精密検査等実施医療機関の登録申請基準の申請する項目を必ずご確認のうえ、申請して下さい。
＜新規＞

- 1) 申請書及びアンケート調査票の内容を記入の上、上記提出物を所属の郡市医師会へ提出頂きます。
- 2) 申請書及びアンケート調査票は、複写式〔①（地元医師会経由福岡県医師会へ）②（地元医師会控え）③医療機関控〕となりますので、①と②を所属の医師会へ提出し、③は自院にて保管して下さい。

＜更新＞

- 1) 平成29・30年度（以下、「今期」とする）の登録内容等が印字された申請書及びアンケート調査票をお送りしております。新規・追加申請項目の記載内容を色ペン（赤ボールペン等）で追記・修正いただき、押印の上、上記提出物を所属の郡市医師会へご提出頂きます。
- 2) 申請書及びアンケート調査票については、複写式になっておりません。問合せをさせていただく場合がありますので、申請医療機関にてコピーして保管して下さい。

4. 記載留意点

＜申請書＞

- 1) 修正箇所の訂正印は必要ありません。
- 2) 登録状況の記載がある項目で今回は申請しない場合（例：今期は胃がん精密検査実施医療機関として登録していたが2019・2020年度（以下、「来期」とする。）は登録しない）、色ペン（赤ボールペン等）で取消線を引いてご提出下さい。
- 3) 担当医名（担当科名）欄は、楷書にて自署して下さい。既に印字されている担当医から変更がない場合は、担当医の自署は必要ありません。
- 4) 担当医が3名以上となる場合でも、記載は2名までとして下さい。
- 5) 本年度の講習会受講要件は、審査時に受講が間に合わない場合でも、年度内に開催される講習会があれば、同講習会を受講することで要件を満たすことができますので、受講予定日を記載して下さい。

＜アンケート調査票＞

- 1) 申請項目の質問は、記載例を参照のうえ、必ず全て回答して下さい。
- 2) 乳がん検診（マンモグラフィ撮影）及び乳がん検診精密検査実施登録医療機関のアンケートにある「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、添付の一覧をご参照下さい。
- 3) 新規開業の場合、アンケート調査項目の質問は、開業施設での実績をご記入下さい。実績が無い場合

は、前勤務先を記載したうえで、前勤務先での実績をご記入下さい。

4) アンケート調査票中、症例数等の変更が見込まれる数字は印字していません。

5) 登録内容の記載がある項目で今回は申請しない場合(例: 今期は胃がん精密検査実施医療機関として登録していたが来期は登録しない)、色ペン(赤ボールペン等)で取消線を引いてご提出下さい。

5. 添付書類

＜講習会関係＞

1) 新規に申請される検診項目につきましては、受講証(写し)は必要ありません。

2) 更新申請については、年度1回以上の講習会の出席が要件となっております。本会で確認出来ている講習会の出席については、今期の登録機関にお送りしている申請書の受講確認済欄に「○」を印字しております。「○」がついていない更新項目については、県又はブロック等主催の対象講習会の受講証(写し)を必ず添付して下さい。

3) 本年度の講習会受講要件については、審査時に受講が間に合わない場合でも、年度内に開催される講習会があれば、その講習会を受講することで同要件を満たすことができますので添付は不要です。

＜乳がん検診(マンモグラフィ撮影)・乳がん検診精密検査＞

1) 乳がん検診(マンモグラフィ撮影)もしくは乳がん検診精密検査実施登録医療機関の登録を申請する場合、①新規の医療機関及び②今期登録時の画像評価で「C」又は「D」判定であった医療機関については**事前(1月中旬まで)に画像評価を受けていただく必要があります**。①については、画像評価のための書類をお送りいたしますので本会事務局(092-431-4564)までご連絡下さい。②については、前回同様の方法で施設画像評価を受けて下さい。(本年度に精度管理中央機構の画像評価を受けている場合は、その際の評価シートでも構いません。)

2) NPO法人日本乳がん検診精度管理中央機構認定のマンモグラフィ読影・技術講習会の受講証のコピーを必ず添付してください。(乳がん検診(マンモグラフィ撮影)については、技術講習会のみ)

3) 乳がん検診精密検査実施登録医療機関の申請において、日本乳がん学会認定医のみ勤務している場合は、認定証の写しを添付してください。

4) 非常勤医師の記載をした場合は、雇用契約書の写しを添付してください。

6. 申請医療機関の審査・登録

医療機関の登録については、各種検診部会において申請内容を基に厳密な審査を行います。アンケートの内容等に不備がある場合は、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・公表

登録医療機関名簿を本会HPにて公表いたします。希望されない場合は、事前にご連絡下さい。

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. その他留意事項

①年度途中での随時の登録は行っておりません。(2年に1回の登録のみ)

※審査後に新規開設をした医療機関等の本登録審査を受けられない医療機関については、2年目からの追加登録として来年度12月頃に募集を行います。

②申請する検診項目が無い場合は、申請書を提出する必要はありません。

③乳がん検診及び乳がん検診精密検査の申請機関は、登録後に画像評価を行います。

国の仕様基準を満たした乳房X線撮影装置一覧(2014年4月現在)

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	Senographe 800T Senographe DMR Senographe DMR+ Senographe 2000D Senographe DS Senographe DS Depister Senographe DS LaVerite Senographe Essential Senographe Essential-e Senographe Essential-f Senographe DS VP
(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 MAMMOMAT Fusion
株式会社 日立メディコ	LORAD MIV LORAD MIV (SELENIA) LORAD Affinity Selenia Dimensions
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 Philips MicroDose Mammography(tm)
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 AMULET Innovality
株式会社メディソナアコマ西日本販売	Pinkview-AT

※裏面「乳がん検診に用いるX線装置の使用基準」参照

国の仕様基準を満たした乳房X線撮影装置一覧(2014年4月現在)

乳がん検診に用いるX線装置の仕様基準

1. インバーター式X線高電圧装置を備えること
2. 自動露出制御(AEC)を備えること
3. 移動グリッドを備えること
4. 管電圧精度・再現性
 - (a)表示精度: $\pm 5\%$ 以内(25~32kV)
 - (b)再現性: 変動係数0.02以下
5. 光照射野とX線照射野のずれ
 - 左右・前後のずれ: SIDの2%
6. 焦点サイズ
 - 公称0.3mmのとき、0.45x0.65mm以内
7. 圧迫板透過後の線質(半価層、HVL)
 - モリブデン(Mo)ターゲット/モリブデン(Mo)フィルタのとき
 - $(\text{測定管電圧}/100)+0.03 \leq \text{HVL(mmAl)} < (\text{測定管電圧}/100)+0.12$
8. 乳房圧迫の表示
 - (a)厚さの表示精度: $\pm 5\text{mm}$ 以内
 - (b)圧迫圧の表示精度: $\pm 20\text{N}$ 以内
9. AECの精度(スクリーン/フィルム・システムの場合)

2019・2020 年度各種検診精密検査実施医療機関
登 録 申 請 書

公益社団法人 福岡県医師会
福岡県集団検診協議会

会長 松田 峻一良 殿

2019・2020 年度の登録を、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

医療機関名 _____ 医師会 _____

〒□□□-□□□□ 管理者名 _____ (医籍登録番号 _____) 印

住 所 _____ 電話番号 市外局番 () - _____

FAX 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できません。
3. 乳がん検診精密検査につきましては、乳がん検診〔マンモグラフィ撮影〕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。
4. 乳がん検診精密検査のみの申請も可能です。
5. 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。 ※更新の場合で、変更がなければ記載の必要はありません。
なお、担当医が3名以上の場合でも、記載は2名までにしてください。
6. 講習会受講証の欄は、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ください。添付がない場合は、登録を保留することがあります。
7. 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が保留される場合もありますのでご了承ください。
8. 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ください。

項 目		登録・ 審査料	登録 希望 (○印)	担当医名 (担当科名) ※担当者が必ず楷書にて自署してください。	
1	胃 が ん 検 診 精 密 検 査	10,000円		1. ()	2. ()
2	子 宮 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
3-1	肺 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
3-2	肺 が ん 検 診 再 精 密 検 査	無料		1. ()	2. ()
4-1	乳 が ん 検 診 〔マンモグラフィ撮 影〕	3,000円		1. ()	2. ()
4-2	乳 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
5	大 腸 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
6-1	肝 臓 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
6-2	肝 臓 が ん 検 診 再 精 密 検 査	無料		1. ()	2. ()
7	骨 粗 しょう 症 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
8	前 立 腺 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()

2019・2020 年度各種検診精密検査実施医療機関
登 録 申 請 書

公益社団法人 福岡県医師会
福岡県集団検診協議会

会長 松田 峻一良 殿

2019・2020 年度の登録を、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

医療機関名 _____ 医師会 _____

〒□□□-□□□□ 管理者名 _____ (医籍登録番号 _____) 印

住 所 _____ 電話番号 市外局番 () - _____

FAX 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できません。
3. 乳がん検診精密検査につきましては、乳がん検診〔マンモグラフィ撮影〕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。
4. 乳がん検診精密検査のみの申請も可能です。
5. 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。 ※更新の場合で、変更がなければ記載の必要はありません。
なお、担当医が3名以上の場合でも、記載は2名までにしてください。
6. 講習会受講証の欄は、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ください。添付がない場合は、登録を保留することがあります。
7. 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が保留される場合もありますのでご了承ください。
8. 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ください。

項 目		登録・ 審査料	登録 希望 (○印)	担当医名 (担当科名) ※担当者が必ず楷書にて自署してください。	
1	胃 が ん 検 診 精 密 検 査	10,000円		1. ()	2. ()
2	子 宮 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
3-1	肺 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
3-2	肺 が ん 検 診 再 精 密 検 査	無料		1. ()	2. ()
4-1	乳 が ん 検 診 〔マンモグラフィ撮 影〕	3,000円		1. ()	2. ()
4-2	乳 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
5	大 腸 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
6-1	肝 臓 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
6-2	肝 臓 が ん 検 診 再 精 密 検 査	無料		1. ()	2. ()
7	骨 粗 しょう 症 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
8	前 立 腺 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()

2019・2020 年度各種検診精密検査実施医療機関
登 録 申 請 書

公益社団法人 福岡県医師会
福岡県集団検診協議会

会長 松田 峻一良 殿

2019・2020 年度の登録を、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

医療機関名 _____ 医師会 _____

〒□□□-□□□□

管理者名 _____ (医籍登録番号 _____) 印

住 所 _____

電話番号 市外局番 () - _____

FAX 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できません。
3. 乳がん検診精密検査につきましては、乳がん検診〔マンモグラフィ撮影〕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。
4. 乳がん検診精密検査のみの申請も可能です。
5. 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。 ※更新の場合で、変更がなければ記載の必要はありません。
なお、担当医が3名以上の場合でも、記載は2名までにしてください。
6. 講習会受講証の欄は、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ください。添付がない場合は、登録を保留することがあります。
7. 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が保留される場合もありますのでご了承ください。
8. 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ください。

項 目		登録・ 審査料	登録 希望 (○印)	担当医名 (担当科名) ※担当者が必ず楷書にて自署してください。	
1	胃 が ん 検 診 精 密 検 査	10,000円		1. ()	2. ()
2	子 宮 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
3-1	肺 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
3-2	肺 が ん 検 診 再 精 密 検 査	無料		1. ()	2. ()
4-1	乳 が ん 検 診 〔マンモグラフィ撮 影〕	3,000円		1. ()	2. ()
4-2	乳 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
5	大 腸 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
6-1	肝 臓 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
6-2	肝 臓 が ん 検 診 再 精 密 検 査	無料		1. ()	2. ()
7	骨 粗 しょう 症 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()
8	前 立 腺 が ん 検 診 精 密 検 査	3,000円		1. ()	2. ()

2019・2020 年度各種検診精密検査等実施医療機関
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。

公益社団法人 福岡県医師会
福岡県集団検診協議会

会長 松 田 峻一良 殿

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

㊞

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。

※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：西暦 年 1) 電子 2) ファイバー
- メーカー名・形式 購入年：西暦 年 1) 電子 2) ファイバー
2. 過去1年間(2017.12～2018.11)の胃内視鏡検査の施行例数 例
3. 過去1年間(2017.12～2018.11)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(2017.12～2018.11)に細胞診断異常で受診した数 件 その内自施設での精密検査数 件
- 他機関への紹介 件
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. C T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(2017.12～2018.11)の胸部C T検査の施行例数 例
5. 過去1年間(2017.12～2018.11)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最新の購入年：西暦 年 ②メーカー名 ③型 式
2. 過去1年間(2017.12～2018.11)に内視鏡(気管支鏡)の施行例数 例
3. 過去1年間(2017.12～2018.11)に肺がんと確定診断した症例数 例
4. 気管支鏡専門医がいますか。 1) いる 2) いない (いずれかに○印をつけて下さい)

〔5〕乳がん検診(マンモグラフィ撮影)実施登録申請医療機関

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. NPO 法人日本乳がん検診精度管理中央機構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 西暦 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. 手術・検査等実施全数(過去1年間(2017.12～2018.11))

※正確な例数の調査が著しく手間取るようでしたら、概数をご記入ください。

1. 乳がん根治手術 実施症例数 例
2. マンモグラフィ検査件数 例
3. エコー検査件数 例

III. 1. 細胞診を実施していますか。

1) している年間 例 2) していない

2. 針生検を実施していますか。

1) している年間 例 2) していない

3. 日本乳癌学会の会員がいますか。

1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない

4. 日本乳癌検診学会の会員がいますか。

1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない

5. 日本乳癌学会の認定医がいますか。

1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない

6. 日本乳癌学会の専門医・指導医がいますか。

1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない

7. 日本乳がん検診精度管理中央機構認定の医師・技師がいますか。(いずれかに○)

①医師 1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない

②技師 1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない

※非常勤の場合は、雇用契約書の写しを添付ください。

※日本乳癌学会の認定医のみ勤務している場合は、認定証の写しを添付ください。

〔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：西暦 年

メーカー名・形式 購入年：西暦 年

2. 過去1年間(2017.12～2018.11)の大腸内視鏡検査の施行例数 例

3. 過去1年間(2017.12～2018.11)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購入年：西暦 年 ②経験年数 年
- ③過去1年間(2017.12～2018.11)の検査例数 例

2. 過去1年間(2017.12～2018.11)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. C T検査装置 メーカー名・形式 (列)
2. MR I 検査装置 メーカー名・形式 (テスラ)
3. 血管造影装置 メーカー名・形式
4. 過去1年間(2017.12～2018.11)の肝疾患に関する検査実施
- 腹部超音波検査 例 MR I 例
- 腹部C T検査 例 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 (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) 備えている 2) 備えていない (いずれかに○)
- 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(装置があるものに○)
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
4. 過去1年間(2017.12～2018.11)のP S A陽性者数 名
5. 過去1年間(2017.12～2018.11)の前立腺生検件数 件
6. 過去1年間(2017.12～2018.11)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 (いずれかに○)

ご協力ありがとうございました。

2019・2020 年度各種検診精密検査等実施医療機関
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。

公益社団法人 福岡県医師会
福岡県集団検診協議会

会長 松 田 峻一良 殿

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

㊞

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。

※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: 西暦 年 1) 電子 2) ファイバー
メーカー名・形式 購入年: 西暦 年 1) 電子 2) ファイバー
2. 過去1年間(2017.12~2018.11)の胃内視鏡検査の施行例数 例
3. 過去1年間(2017.12~2018.11)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(2017.12~2018.11)に細胞診断異常で受診した数 件 その内自施設での精密検査数 件
他機関への紹介 件
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. C T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(2017.12~2018.11)の胸部C T検査の施行例数 例
5. 過去1年間(2017.12~2018.11)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最新の購入年: 西暦 年 ②メーカー名 ③型 式
2. 過去1年間(2017.12~2018.11)に内視鏡(気管支鏡)の施行例数 例
3. 過去1年間(2017.12~2018.11)に肺がんと確定診断した症例数 例
4. 気管支鏡専門医がいますか。 1) いる 2) いない (いずれかに○印をつけて下さい)

〔5〕乳がん検診(マンモグラフィ撮影)実施登録申請医療機関

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. NPO 法人日本乳がん検診精度管理中央機構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 西暦 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. 手術・検査等実施全数(過去1年間(2017.12~2018.11))

※正確な例数の調査が著しく手間取るようでしたら、概数をご記入ください。

1. 乳がん根治手術 実施症例数 例
2. マンモグラフィ検査件数 例
3. エコー検査件数 例

- III. 1. 細胞診を実施していますか。 1) している年間 例 2) していない
2. 針生検を実施していますか。 1) している年間 例 2) していない
3. 日本乳癌学会の会員がいますか。 1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない
4. 日本乳癌検診学会の会員がいますか。 1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない
5. 日本乳癌学会の認定医がいますか。 1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない
6. 日本乳癌学会の専門医・指導医がいますか。 1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない
7. 日本乳がん検診精度管理中央機構認定の医師・技師がいますか。(いずれかに○)
①医師 1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない
②技師 1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない

※非常勤の場合は、雇用契約書の写しを添付ください。

※日本乳癌学会の認定医のみ勤務している場合は、認定証の写しを添付ください。

〔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: 西暦 年
メーカー名・形式 購入年: 西暦 年
2. 過去1年間(2017.12~2018.11)の大腸内視鏡検査の施行例数 例
3. 過去1年間(2017.12~2018.11)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購入年: 西暦 年 ②経験年数 年
③過去1年間(2017.12~2018.11)の検査例数 例
2. 過去1年間(2017.12~2018.11)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. C T検査装置 メーカー名・形式 (列)
2. MR I 検査装置 メーカー名・形式 (テスラ)
3. 血管造影装置 メーカー名・形式
4. 過去1年間(2017.12~2018.11)の肝疾患に関する検査実施
腹部超音波検査 例 MR I 例
腹部C T検査 例 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 (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) 備えている 2) 備えていない (いずれかに○)
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(装置があるものに○)
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
4. 過去1年間(2017.12~2018.11)のP S A陽性者数 名
5. 過去1年間(2017.12~2018.11)の前立腺生検件数 件
6. 過去1年間(2017.12~2018.11)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 (いずれかに○)

ご協力ありがとうございました。

2019・2020 年度各種検診精密検査等実施医療機関
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。

公益社団法人 福岡県医師会
福岡県集団検診協議会

会長 松 田 峻一良 殿

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

㊞

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。

※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: 西暦 年 1) 電子 2) ファイバー
メーカー名・形式 購入年: 西暦 年 1) 電子 2) ファイバー
2. 過去1年間(2017.12~2018.11)の胃内視鏡検査の施行例数 例
3. 過去1年間(2017.12~2018.11)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(2017.12~2018.11)に細胞診断異常で受診した数 件 その内自施設での精密検査数 件
他機関への紹介 件
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. C T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(2017.12~2018.11)の胸部C T検査の施行例数 例
5. 過去1年間(2017.12~2018.11)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最新の購入年: 西暦 年 ②メーカー名 ③型 式
2. 過去1年間(2017.12~2018.11)に内視鏡(気管支鏡)の施行例数 例
3. 過去1年間(2017.12~2018.11)に肺がんと確定診断した症例数 例
4. 気管支鏡専門医がいますか。 1) いる 2) いない (いずれかに○印をつけて下さい)

〔5〕乳がん検診(マンモグラフィ撮影)実施登録申請医療機関

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. NPO 法人日本乳がん検診精度管理中央機構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 西暦 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. 手術・検査等実施全数(過去1年間(2017.12~2018.11))

※正確な例数の調査が著しく手間取るようでしたら、概数をご記入ください。

1. 乳がん根治手術 実施症例数 例
2. マンモグラフィ検査件数 例
3. エコー検査件数 例

III. 1. 細胞診を実施していますか。

1) している年間 例 2) していない

2. 針生検を実施していますか。

1) している年間 例 2) していない

3. 日本乳癌学会の会員がいますか。

1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない

4. 日本乳癌検診学会の会員がいますか。

1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない

5. 日本乳癌学会の認定医がいますか。

1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない

6. 日本乳癌学会の専門医・指導医がいますか。

1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない

7. 日本乳がん検診精度管理中央機構認定の医師・技師がいますか。(いずれかに○)

①医師 1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない

②技師 1) いる(常勤・非常勤※週 回勤務) 2) いない

※非常勤の場合は、雇用契約書の写しを添付ください。

※日本乳癌学会の認定医のみ勤務している場合は、認定証の写しを添付ください。

〔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: 西暦 年

メーカー名・形式 購入年: 西暦 年

2. 過去1年間(2017.12~2018.11)の大腸内視鏡検査の施行例数 例

3. 過去1年間(2017.12~2018.11)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購入年: 西暦 年 ②経験年数 年
③過去1年間(2017.12~2018.11)の検査例数 例

2. 過去1年間(2017.12~2018.11)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. C T検査装置 メーカー名・形式 (列)
2. MR I 検査装置 メーカー名・形式 (テスラ)
3. 血管造影装置 メーカー名・形式
4. 過去1年間(2017.12~2018.11)の肝疾患に関する検査実施
腹部超音波検査 例 MR I 例
腹部C T検査 例 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 (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) 備えている 2) 備えていない (いずれかに○)
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(装置があるものに○)
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
4. 過去1年間(2017.12~2018.11)のP S A陽性者数 名
5. 過去1年間(2017.12~2018.11)の前立腺生検件数 件
6. 過去1年間(2017.12~2018.11)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 (いずれかに○)

ご協力ありがとうございました。

〒 —
(住 所)
(医療機関名)
院 長 殿
検診担当者 殿

福集協発第106号
平成30年12月7日

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)

2019・2020年度各種検診実施医療機関の登録募集について

2019・2020年度各種検診実施医療機関の登録について、同封の登録申請基準に基づき登録を募集いたします。

つきましては、申請書及びアンケート調査票に貴機関の登録内容を印字しておりますので、下記及び別添の「各種検診精密検査等実施医療機関登録申請に関する留意事項」を必ずご確認くださいのうえ、申請書及びアンケート調査票、審査・登録料、関係書類を添えて下記期日までに所属の郡市医師会へご提出いただきますようお願いいたします。

なお、申請内容について後日照会する場合がありますので、登録申請書及びアンケート調査票をコピーし、保存して下さい。

記

【2019・2020年度各種検診実施医療機関登録申請の留意事項】

1. 登録申請基準の主な変更点

< 1. 胃がん検診精密検査 >

- 1) 「②胃内視鏡検査施行例数「0」例の医療機関は登録できません。」を追加

< 3. 肺がん検診精密検査 >

- 2) 「④内視鏡（気管支鏡）の施行例数が「0」例の場合は、登録を保留する場合があります。」を追加

< 5. 大腸がん検診精密検査 >

- 1) 「②大腸内視鏡施行例数が「0」例の医療機関は登録できません。」を追加

< 6. 肝臓がん検診再精密検査 >

- 1) 「②日本肝臓学会肝臓専門医が勤務していること。（常勤・非常勤は問わない。）」を追加

< 8. 前立腺がん検診精密検査 >

- 1) ②「超音波監視下に系統的」を追記

2. アンケート調査票の主な変更点

< [4] 肺がん検診再精密検査 >

- 4. 「4. 気管支鏡専門医がいますか。」を追加

< [8] 肝臓がん検診精密検査 >

- 1. 腹部エコーの①メーカー名・形式を削除

< [9] 肝臓がん検診再精密検査 >

- 1. CT検査装置の項に「列数」を追加
- 2. MRI検査装置の項に「テスラ数」を追加

3. 締 切

2019年1月18日（金）※所属の郡市医師会に必着

4. 登録期間

2019年4月1日～2021年3月31日（2年間）

5. 送付書類

- ①各種検診精密検査実施医療機関の登録について
- ②2019・2020年度各種検診実施医療機関の登録申請基準
- ③2019・2020年度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）
- ④2019・2020年度各種検診精密検査等実施医療機関登録申請に関する留意事項
- ⑤国の仕様基準を満たした乳房X線撮影装置一覧表
- ⑥2019・2020年度各種検診精密検査実施医療機関登録申請書
- ⑦2019・2020年度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

6. 本件に関する問合せ先

福岡県医師会地域医療課（担当：柴田）

電話：092-431-4564 FAX：092-411-6858

※申請書類は、所属の郡市区医師会に提出ください。

以上

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度登録を行っています。

「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、本会ホームページに掲載するとともに、各市町村・保健所・一次検診機関等へ情報提供いたします。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、ご登録申請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

・各種検診(胃がん・大腸がん・子宮がん・肺がん・乳がん・肝臓がん・前立腺がん・骨粗しょう症)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、本会へ提出。 ※登録・審査料も郡市医師会経由

審 査

・2月頃

・各検診部会にて審査。

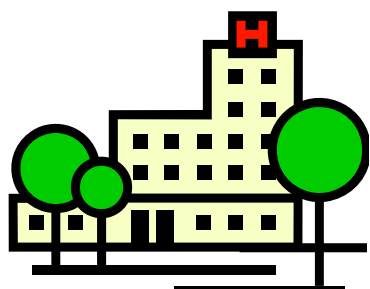
登 録

・4月頃

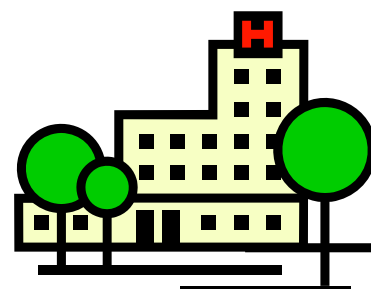
・審査結果通知書、登録証を送付。

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



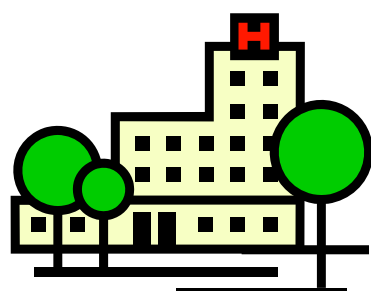
精密
医療機関

福岡県集団検診協議会からのお願い①

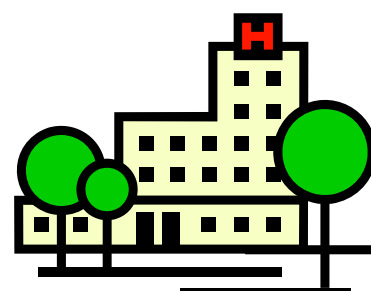
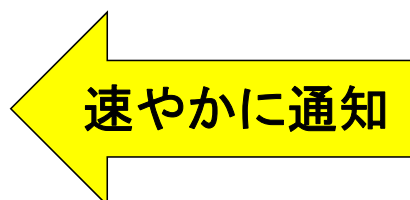
紹介状なしでも、一次検診機関の結果票
に基づき精密検査の実施をお願いいたし
ます。

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



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い合わせに対しては、必ずご返答ください。

2019・2020 年度年度各種検診精密検査等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

- ① 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 胃内視鏡検査施行例数「0」例の医療機関は登録できません。

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（画像）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 画像データ・フィルムの貸出を求めたときにはこれに応じること。（提出にかかる経費は登録機関が負担する）
- ⑤ 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。

3) 登 録 期 間 2019年4月1日～2021年3月31日（2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、十分な子宮がん精密検査に対する経験年数（実績）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。（提出にかかる経費は登録機関が負担する）
- （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、又は毎年度（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 2019年4月1日～2021年3月31日（2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C T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 C Tの撮影が出来ない場合には撮影を依頼出来る医療機関と連携していること。

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 画像データ・フィルムの貸出を求めたときにはこれに応じること。（提出にかかる経費は登録機関が負担する）
- 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。
- ④ 内視鏡（気管支鏡）の施行例数が「0」例の場合は、登録を保留する場合があります。

3) 登 録 期 間 2019年4月1日～2021年3月31日（2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 画像データ・フィルムの貸出を求めたときにはこれに応じること。（提出にかかる経費は登録機関が負担する）

2) 登 録 期 間 2019年4月1日～2021年3月31日（2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（乳房X線撮影装置（マンモグラフィ）撮影）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）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 N P O 法人日本乳がん検診精度管理中央機構（以後、「N P O 法人精中機構」とする）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。（提出にかかる経費は登録機関が負担する）
- 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。（N P O 法人精中機構または福岡県医師会の施設画像評価を受けること。N P O法人精中機構の施設画像評価を可能な限り受けること。）

2) 登 録 期 間 2019年4月1日～2021年3月31日（2年間）

3) 登 録 ・ 審 査 料 3,000 円

(2) 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医師（日本乳癌学会の認定医あるいは専門医・指導医）が原則常勤していること。
- ② N P O 法人精中機構の認定を受けた医師・放射線技師が原則常勤していること。
- 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）と乳腺検診可能な超音波装置療法の機器を備えていること。
- ④ 乳がんの治療（組織検査、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 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。（提出にかかる経費は登録機関が負担する。）
- 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。（N P O 法人精中機構または福岡県医師会の施設画像評価を受けていること。N P O法人精中機構の施設画像評価を可能な限り受けること。）

※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医師会の要請があれば貸出に応じること。（費用が発生する場合は登録機関が負担する）
- 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、九州内分泌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。

2) 登 録 期 間 2019年4月1日～2021年3月31日（2年間）

3) 登 録 ・ 審 査 料 3,000 円（マンモグラフィ撮影の登録申請機関は不要）

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

- ① 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 大腸内視鏡検査施行例数「0」例の医療機関は登録できません。

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 画像データ・フィルムの貸出を求めたときにはこれに応じること。（提出にかかる経費は登録機関が負担する）
- 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。
- ⑦ （留意事項）注腸X線検査単独による精密検査は勧められない。

３）登 録 期 間 2019年4月1日～2021年3月31日（2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及び肝臓がんのハイリスクグループの診療に熟知し、かつ超音波検査設備を有し、日常的にその手技に習熟し、相当度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

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 2019年4月1日～2021年3月31日（2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、造影剤を用いた腹部CT検査、MRI、血管造影などの検査を行い得ること。なお、MRIの場合にはEOBを用いた造影検査を行い得ること。
- ② 日本肝臓学会肝臓専門医が勤務していること。（常勤・非常勤は問わない。）

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 2019年4月1日～2021年3月31日（2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 画像データ・フィルム貸出の求めがあれば、これに応じること。（提出にかかる経費は登録機関が負担する）
- 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 2019年4月1日～2021年3月31日（2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 前立腺の超音波診断装置を有し、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、超音波監視下に系統的針生検を実施していること。（過去1年間に実績がない場合には、登録保留または見送りになる場合があります。）
- 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。（提出にかかる経費は登録機関が負担する）
- 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）を欠席の場合は登録を見送り又は保留する。

２）登 録 期 間 2019年4月1日～2021年3月31日（2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。

2018年11月
公益社団法人福岡県医師会
福岡県集団検診協議会

2019・2020 年度各種検診精密検査等実施医療機関
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。

公益社団法人 福岡県医師会
福岡県集団検診協議会

会長 松田 峻一良 殿

平成 年 月 日

〇〇市 医師会

医療機関名 けん い びょう いん 県 医 病 院

管理者名 ふく おか た ろう 福 岡 太 郎

○ 印

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 ○○○○@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。

※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-XP2 6 0 購入年：西暦 2007 年 ☒ 1) 電子 2) ファイバー
- メーカー名・形式 _____ 購入年：西暦 _____ 年 ☐ 1) 電子 2) ファイバー
2. 過去1年間(2017.12~2018.11)の胃内視鏡検査の施行例数 1, 0 0 0 例
3. 過去1年間(2017.12~2018.11)に胃がんと確定診断した症例数 1 5 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（2017.12～2018.11）に細胞診断異常で受診した数 30 件 その内自施設での精密検査数 25 件
他機関への紹介 5 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。 ○○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 (2017.12～2018.11) の胸部CT検査の施行例数 50 例
 5. 過去1年間 (2017.12～2018.11) に肺がん (疑いも含めて) と診断した症例数 5

〔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最新の購入年：西暦 2008 年 ②メーカー名 オリンパス ③型 式 BF-P40
2. 過去1年間（2017.12～2018.11）に内視鏡（気管支鏡）の施行例数 30 例
3. 過去1年間（2017.12～2018.11）に肺がんと確定診断した症例数 10 例
4. 気管支鏡専門医がいますか。 1）いる 2）いない （いずれかに○印をつけて下さい）

〔５〕乳がん検診（マンモグラフィ撮影）実施登録申請医療機関

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. NPO 法人日本乳がん検診精度管理中央機構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 西暦 2007 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-2000

Ⅱ. 手術・検査等実施全数 (過去 1 年間 (2017.12~2018.11))

※正確な例数の調査が著しく手間取るようでしたら、概数をご記入ください。

1. 乳がん根治手術 実施症例数 30 例
2. マンモグラフィ検査件数 30 例
3. エコー検査件数 30 例

- Ⅲ. 1. 細胞診を実施していますか。 ① している年間 10 例 2) していない
2. 針生検を実施していますか。 ① している年間 10 例 2) していない
3. 日本乳癌学会の会員がいますか。 ① いる (常勤・非常勤※週__回勤務) 2) いない
4. 日本乳癌検診学会の会員がいますか。 ① いる (常勤・非常勤※週__回勤務) 2) いない
5. 日本乳癌学会の認定医がいますか。 ① いる (常勤・非常勤※週__回勤務) 2) いない
6. 日本乳癌学会の専門医・指導医がいますか。 ① いる (常勤・非常勤※週 2 回勤務) 2) いない
7. 日本乳がん検診精度管理中央機構認定の医師・技師がいますか。(いずれかに○)
- ①医師 ① いる (常勤・非常勤※週__回勤務) 2) いない
- ②技師 ① いる (常勤・非常勤※週 3 回勤務) 2) いない
- (いずれかに○)

※非常勤の場合は、雇用契約書の写しを添付ください。

※日本乳癌学会の認定医のみ勤務している場合は、認定証の写しを添付ください。

〔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：西暦 2002 年
 メーカー名・形式 _____ 購入年：西暦 _____ 年
2. 過去1年間（2017.12～2018.11）の大腸内視鏡検査の施行例数 150 例
3. 過去1年間（2017.12～2018.11）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購入年：西暦 2002 年 ②経験年数 17 年
③過去1年間（2017.12～2018.11）の検査例数 50 例
2. 過去1年間（2017.12～2018.11）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 Aquilion64 (64 列)
2. MR I 検査装置 メーカー名・形式 フィリップス Achieva (1.5 テスラ)
3. 血管造影装置 メーカー名・形式 島津製作所 Trinias C12
4. 過去1年間(2017.12~2018.11)の肝疾患に関する検査実施
腹部超音波検査 1, 500 例 MR I 300 例
腹部CT検査 1, 000 例 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 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 備えている 2) 備えていない (いずれかに○)
①メーカー名 アロカ ②型 式 DCS-600EX ③購入年: 西暦 2002 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 (装置があるものに○)
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 (いずれかに○)
4. 過去1年間(2017.12~2018.11)のPSA陽性者数 50 名
5. 過去1年間(2017.12~2018.11)の前立腺生検件数 40 件
6. 過去1年間(2017.12~2018.11)の生検結果前立腺がん 5 例
7. 福岡県泌尿器科医会 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。

2019・2020 年度各種検診精密検査等実施医療機関登録申請に関する留意事項

1. 登録募集項目/登録・審査料

「各種検診精密検査等実施医療機関の登録申請基準」をご参照下さい。

- 1) 肺がん検診再精密検査及び肝臓がん検診再精密検査については、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。
- 2) 乳がん検診（マンモグラフィ撮影）申請医療機関が乳がん検診精密検査も申請する場合の登録・審査料は、併せて3,000円です。
- 3) 登録・審査料は、登録保留となった場合も返金致しませんのでご了承下さい。

2. 提出物

①登録申請書 ②登録・審査料 ③アンケート調査票 ④その他必要書類（受講証のコピー等）

3. 申請方法

各種検診精密検査等実施医療機関の登録申請基準の申請する項目を必ずご確認のうえ、申請して下さい。
＜新規＞

- 1) 申請書及びアンケート調査票の内容を記入の上、上記提出物を所属の郡市医師会へ提出頂きます。
- 2) 申請書及びアンケート調査票は、複写式〔①（地元医師会経由福岡県医師会へ）②（地元医師会控え）③医療機関控〕となりますので、①と②を所属の医師会へ提出し、③は自院にて保管して下さい。

＜更新＞

- 1) 平成29・30年度（以下、「今期」とする）の登録内容等が印字された申請書及びアンケート調査票をお送りしております。新規・追加申請項目の記載内容を色ペン（赤ボールペン等）で追記・修正いただき、押印の上、上記提出物を所属の郡市医師会へご提出頂きます。
- 2) 申請書及びアンケート調査票については、複写式になっておりません。問合せをさせていただく場合がありますので、申請医療機関にてコピーして保管して下さい。

4. 記載留意点

＜申請書＞

- 1) 修正箇所の訂正印は必要ありません。
- 2) 登録状況の記載がある項目で今回は申請しない場合（例：今期は胃がん精密検査実施医療機関として登録していたが2019・2020年度（以下、「来期」とする。）は登録しない）、色ペン（赤ボールペン等）で取消線を引いてご提出下さい。
- 3) 担当医名（担当科名）欄は、楷書にて自署して下さい。既に印字されている担当医から変更がない場合は、担当医の自署は必要ありません。
- 4) 担当医が3名以上となる場合でも、記載は2名までとして下さい。
- 5) 本年度の講習会受講要件は、審査時に受講が間に合わない場合でも、年度内に開催される講習会があれば、同講習会を受講することで要件を満たすことができますので、受講予定日を記載して下さい。

＜アンケート調査票＞

- 1) 申請項目の質問は、記載例を参照のうえ、必ず全て回答して下さい。
- 2) 乳がん検診（マンモグラフィ撮影）及び乳がん検診精密検査実施登録医療機関のアンケートにある「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、添付の一覧をご参照下さい。
- 3) 新規開業の場合、アンケート調査項目の質問は、開業施設での実績をご記入下さい。実績が無い場合

は、前勤務先を記載したうえで、前勤務先での実績をご記入下さい。

4) アンケート調査票中、症例数等の変更が見込まれる数字は印字していません。

5) 登録内容の記載がある項目で今回は申請しない場合(例: 今期は胃がん精密検査実施医療機関として登録していたが来期は登録しない)、色ペン(赤ボールペン等)で取消線を引いてご提出下さい。

5. 添付書類

＜講習会関係＞

1) 新規に申請される検診項目につきましては、受講証(写し)は必要ありません。

2) 更新申請については、年度1回以上の講習会の出席が要件となっております。本会で確認出来ている講習会の出席については、今期の登録機関にお送りしている申請書の受講確認済欄に「○」を印字しております。「○」がついていない更新項目については、県又はブロック等主催の対象講習会の受講証(写し)を必ず添付して下さい。

3) 本年度の講習会受講要件については、審査時に受講が間に合わない場合でも、年度内に開催される講習会があれば、その講習会を受講することで同要件を満たすことができますので添付は不要です。

＜乳がん検診(マンモグラフィ撮影)・乳がん検診精密検査＞

1) 乳がん検診(マンモグラフィ撮影)もしくは乳がん検診精密検査実施登録医療機関の登録を申請する場合、①新規の医療機関及び②今期登録時の画像評価で「C」又は「D」判定であった医療機関については**事前(1月中旬まで)に画像評価を受けていただく必要があります**。①については、画像評価のための書類をお送りいたしますので本会事務局(092-431-4564)までご連絡下さい。②については、前回同様の方法で施設画像評価を受けて下さい。(本年度に精度管理中央機構の画像評価を受けている場合は、その際の評価シートでも構いません。)

2) NPO法人日本乳がん検診精度管理中央機構認定のマンモグラフィ読影・技術講習会の受講証のコピーを必ず添付してください。(乳がん検診(マンモグラフィ撮影)については、技術講習会のみ)

3) 乳がん検診精密検査実施登録医療機関の申請において、日本乳がん学会認定医のみ勤務している場合は、認定証の写しを添付してください。

4) 非常勤医師の記載をした場合は、雇用契約書の写しを添付してください。

6. 申請医療機関の審査・登録

医療機関の登録については、各種検診部会において申請内容を基に厳密な審査を行います。アンケートの内容等に不備がある場合は、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・公表

登録医療機関名簿を本会HPにて公表いたします。希望されない場合は、事前にご連絡下さい。

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. その他留意事項

①年度途中での随時の登録は行っておりません。(2年に1回の登録のみ)

※審査後に新規開設をした医療機関等の本登録審査を受けられない医療機関については、2年目からの追加登録として来年度12月頃に募集を行います。

②申請する検診項目が無い場合は、申請書を提出する必要はありません。

③乳がん検診及び乳がん検診精密検査の申請機関は、登録後に画像評価を行います。

国の仕様基準を満たした乳房X線撮影装置一覧(2014年4月現在)

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	Senographe 800T Senographe DMR Senographe DMR+ Senographe 2000D Senographe DS Senographe DS Depister Senographe DS LaVerite Senographe Essential Senographe Essential-e Senographe Essential-f Senographe DS VP
(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 MAMMOMAT Fusion
株式会社 日立メディコ	LORAD MIV LORAD MIV (SELENIA) LORAD Affinity Selenia Dimensions
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 Philips MicroDose Mammography(tm)
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 AMULET Innovality
株式会社メディソナアコマ西日本販売	Pinkview-AT

※裏面「乳がん検診に用いるX線装置の使用基準」参照

国の仕様基準を満たした乳房X線撮影装置一覧(2014年4月現在)

乳がん検診に用いるX線装置の仕様基準

1. インバーター式X線高電圧装置を備えること
2. 自動露出制御(AEC)を備えること
3. 移動グリッドを備えること
4. 管電圧精度・再現性
 - (a)表示精度: $\pm 5\%$ 以内(25~32kV)
 - (b)再現性: 変動係数0.02以下
5. 光照射野とX線照射野のずれ
 - 左右・前後のずれ: SIDの2%
6. 焦点サイズ
 - 公称0.3mmのとき、0.45x0.65mm以内
7. 圧迫板透過後の線質(半価層、HVL)
 - モリブデン(Mo)ターゲット/モリブデン(Mo)フィルタのとき
 - $(\text{測定管電圧}/100)+0.03 \leq \text{HVL}(\text{mmAl}) < (\text{測定管電圧}/100)+0.12$
8. 乳房圧迫の表示
 - (a)厚さの表示精度: $\pm 5\text{mm}$ 以内
 - (b)圧迫圧の表示精度: $\pm 20\text{N}$ 以内
9. AECの精度(スクリーン/フィルム・システムの場合)