

福集協発第76号

令和4年12月9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 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

令和5・6年度各種検診実施医療機関の登録募集について

令和5・6年度（以下、「来期」）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。

新規申請の医療機関について、前期までは申請の申し出があった際に貴会より申請書類をお渡ししておりましたが、今期については、申請を希望する医療機関は本会HPの下記ページから申請書類のデータをダウンロードして取得していただくことといたしました。提出物、申請方法等の詳細につきましては、別添の留意事項にまとめておりますのでご確認ください。また、令和3・4年度（以下、「前期」）の登録医療機関には別添のとおり、本会より直接御連絡しております。

つきましては、本件について貴会会員に周知いただくとともに、貴会にて申請医療機関名簿及び登録・審査料並びに申請書類等をお取りまとめの上、**令和5年1月31日（火）必着**で本会地域医療課に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には、下記URLをご案内ください。
- 2) アンケートの記入に不備がある場合は、登録が保留・見送りとなる場合がありますので、各医師会で申請内容をご確認いただいたうえでご提出をお願いします。

記

（登録申請基準の主な変更点）

< 7. 骨粗しょう症検診精密検査実施医療機関 >

- 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。」の項目を「骨密度の測定（数値化）を実施していること」に修正

（アンケート調査票の主な変更点）

< [7] 大腸がん検診精密検査実施登録申請医療機関 >

- 「4. 注腸X線検査を行っていますか。」の項目を追加

< [10] 骨粗しょう症検診精密検査実施登録申請医療機関 >

- 「2. 骨密度測定装置（DXA法等）を備えておられますか。」の項目を「どの方法で骨密度の測定を実施していますか。」の問いに修正し、測定方法の選択肢を追加。

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

(申請に係る提出物)

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

(申請締切)

会員から郡市医師会へ : 令和5年1月16日（月）

郡市医師会から県医師会へ : 令和5年1月31日（火）

(福岡県医師会HP「各種検診精密検査等実施医療機関登録申請」ページ)

URL : https://www.fukuoka.med.or.jp/members/kakushu_todokede/seimitsu.html

ホーム>会員の皆様>各種届出>各種検診精密検査等実施医療機関登録申請

以 上

〇〇〇－〇〇〇〇
 〇〇市〇〇1-2-3
 〇〇病院
 院長 殿
 検診担当者 殿

福 集 協 発 第 69 号
 令 和 4 年 12 月 8 日

公益社団法人福岡県医師会
 福岡県集団検診協議会
 会長 蓮 澤 浩 明
 (公 印 省 略)

令和5・6年度各種検診実施医療機関の登録募集について

令和5・6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、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。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またはデータ保存して下さい。

記

【令和5・6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

＜7. 骨粗しょう症検診精密検査実施医療機関＞

- 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。」の項目を「骨密度の測定（数値化）を実施していること」に修正

2. アンケート調査票の主な変更点

＜〔7〕大腸がん検診精密検査実施登録申請医療機関＞

- 「4. 注腸X線検査を行っていますか。」の項目を追加

＜〔10〕骨粗しょう症検診精密検査実施登録申請医療機関＞

- 「2. 骨密度測定装置（DXA法等）を備えておられますか。」の項目を「どの方法で骨密度の測定を実施していますか。」の問いに修正し、測定方法の選択肢を追加。

3. 締 切

令和5年1月16日（月）※所属の郡市医師会に必着

4. 登録期間

令和5年4月1日～令和7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
- ②令和3・4年度各種検診精密検査実施医療機関登録内容（参考）
- ③令和3・4年度各種検診精密検査実施医療機関アンケート登録内容（参考）
- ④各種検診精密検査実施医療機関の登録について
- ⑤令和5・6年度各種検診精密検査実施医療機関の登録申請基準
- ⑥令和5・6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）
- ⑦令和5・6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
- ⑧令和5・6年度各種検診精密検査実施医療機関登録申請書
- ⑨令和5・6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票

6. 申請について

これまで前期の登録情報が記載された申請書及びアンケート調査票を修正しご提出いただいておりますが、今期より、白紙の申請書及びアンケート調査票に申請する項目を全て記入いただくように申請方法を変更しております。詳細は留意事項をご確認いただくとともに、下記HPに様式データも掲載しておりますのでご活用ください。

□福岡県医師会HP「各種検診精密検査等実施医療機関登録申請」ページ

URL:https://www.fukuoka.med.or.jp/members/kakushu_todokede/seimitsu.html

ホーム>会員の皆様>各種届出>各種検診精密検査等実施医療機関登録申請

7. 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ご提出ください。

以上

令和3・4年度各種検診精密検査実施医療機関
登 録 内 容 (参考)

医師会

(ふりがな)

医療機関名

(ふりがな)

管理者名

(医籍登録番号:)

〒 -

電話番号

住 所

FAX番号

事務担当者氏名 (課・係)

)

令和3・4年度の登録情報を入力してお送りして

令和3・4年度講習会の
受講確認状況

項 目					令和3年度		令和4年度
1	胃がん検診精密検査		1. (No: /科:)	2. (No: /科:)			
2	子宮がん検診精密検査		1. (No: /科:)	2. (No: /科:)			
3-1	肺がん検診精密検査		1. (No: /科:)	2. (No: /科:)			
3-2	肺がん検診再精密検査		1. (No: /科:)	2. (No: /科:)			
4-1	乳がん検診 〔マンモグラフィ撮影〕		1. (No: /科:)	2. (No: /科:)			
4-2	乳がん検診精密検査		1. (No: /科:)	2. (No: /科:)			
5	大腸がん検診精密検査		1. (No: /科:)	2. (No: /科:)			
6-1	肝臓がん検診精密検査		1. (No: /科:)	2. (No: /科:)			
6-2	肝臓がん検診再精密検査		1. (No: /科:)	2. (No: /科:)			
7	骨粗しょう症検診精密検査		1. (No: /科:)	2. (No: /科:)			
8	前立腺がん検診精密検査		1. (No: /科:)	2. (No: /科:)			

令和3・4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登録内容（参考）

参考

医療機関名 _____ 記入責任者氏名（担当課）： _____（ _____ ）
問合せ先電話番号： _____

〔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。
メーカー名・型式 _____ 購入年：西暦 _____ 年 ☐ (1) 電子 ☐ (2) ファイバー
メーカー名・型式 _____ 購入年：西暦 _____ 年 ☐ (1) 電子 ☐ (2) ファイバー
2. 過去1年間（R1.12～R2.11）の胃内視鏡検査の施行例数 _____ 例
3. 過去1年間（R1.12～R2.11）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（R1.12～R2.11）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 _____
3. 子宮がんについてのト _____
4. トレーニングの経験 _____

令和3・4年度の登録情報を入力してお送りして

いずれかに○印をつけて下さい

〔3〕肺がん検診精密検査

1. C Tを ☐ (1)
※ (2)の回答の場合 _____
2. 肺がんについてのト _____
3. トレーニングの経験年数は _____ 年
4. 過去1年間（R1.12～R2.11）の胸部C T検査の施行例数 _____ 例
5. 過去1年間（R1.12～R2.11）に肺がん（疑いも含めて）と診断した症例数 _____ 例

ない

〔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 _____ ② 型 式 _____
2. 過去1年間（R1.12～R2.11）の内視鏡（気管支鏡）の施行例数 _____ 例
3. 過去1年間（R1.12～R2.11）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下さい。
① 氏 名 _____ ② 医師・技師の別 _____
③ 受講年月 _____ 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. 機器整備

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 _____

右ページに続く

II. 手術・検査等実施数（過去1年間（R1.12～R2.11））

※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. マンモグラフィ読影件数 _____ 例
3. エコー検査件数 _____ 例

- III. 1. 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
2. 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
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○印をつけて下さい）
- 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. 大腸内視鏡のメーカー名・型式並びに購入年を記入してください。

メーカー名・型式 _____

メーカー名・型式 _____

購入年：西暦 _____ 年

購入年：西暦 _____ 年

2. 過去1年間（R1.12～R2.11）の大腸内視鏡検査の施行例数 _____ 例
3. 過去1年間（R1.12～R2.11）に大腸がんと確定診断した症例数 _____ 例

〔8〕肝臓がん検診精

1. 腹部エコーの

2. 過去1年間（R1.12～R2.11）の肝臓がん検診実施した症例数 _____ 例

〔9〕肝臓がん検診再

1. C T 検査装置 _____ (_____ 列)
2. MR I 検査装置 _____ (_____ テスラ)
3. 血管造影装置 _____

4. 過去1年間（R1.12～R2.11）の肝疾患に関する検査実施

- (1) 腹部超音波検査 _____ 例 (3) MR I _____ 例
- (2) 腹部C T 検査 _____ 例 (4) 腹部血管造影 _____ 例

5. 日本肝臓学会の肝臓専門医がいますか。
- ☐
- 1) いる
- ☐
- 2) いない（いずれかに○）

※「1）いる」と回答した場合、専門医No. と専門医名をお答えください。

専門医No. _____ 専門医名 _____

※「2）いない」と回答した場合、他の学会（日本医学放射線学会・日本消化器病学会等）で同様の専門医の方はいますか。いる場合は、専門医No. と専門医名もお答えください。

☐ 1) いる 専門医No. _____ 専門医名 _____ ☐ 2) いない（いずれかに○）

〔10〕骨粗しょう症検診精密検査実施登録申請医療機関

1. 腰椎を撮影できる単純X線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：西暦 _____ 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（経直腸的）
- ☐
- 1) あり
- ☐
- 2) なし（いずれかに○）

2. 自動針生検機器
- ☐
- 1) あり
- ☐
- 2) なし

3. 前立腺生検方法（超音波監視下系統的）
- ☐
- 1) 実施している
- ☐
- 2) 実施していない（いずれかに○）

4. 過去1年間（R1.12～R2.11）のPSA陽性者数 _____ 名

5. 過去1年間（R1.12～R2.11）の前立腺生検件数 _____ 件

6. 過去1年間（R1.12～R2.11）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○）

令和3・4年度の登録情報を入力してお送りして

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。

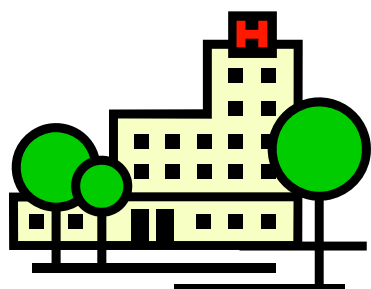
登 録

・4月頃

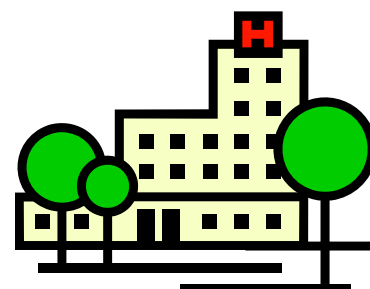
・審査結果通知書、登録証を送付。

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



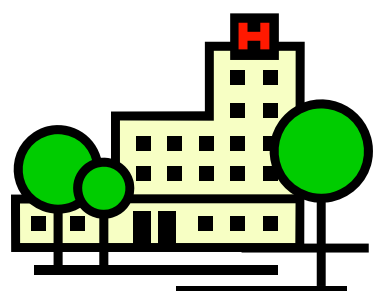
精密
医療機関

福岡県集団検診協議会からのお願い①

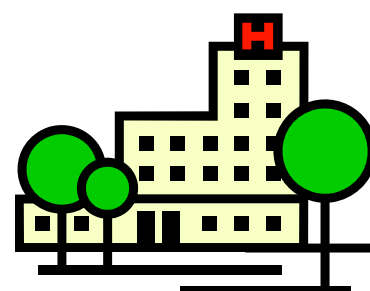
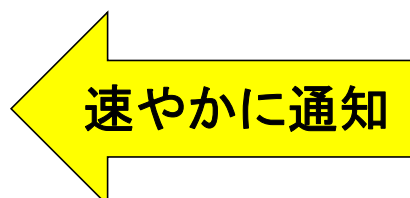
紹介状なしでも、一次検診機関の結果票
に基づき精密検査の実施をお願いいたし
ます。

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。

令和５・６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 令和５年４月１日～令和７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 令和５年４月１日～令和７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。
- ３）登 録 期 間 令和５年４月１日～令和７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 令和５年４月１日～令和７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。
 - ③ 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 NPO法人日本乳がん検診精度管理中央機構（以後、「NPO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。（NPO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。NPO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 令和5年4月1日～令和7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 NPO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）と乳房検査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。（NPO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。NPO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 令和5年4月1日～令和7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 令和5年4月1日～令和7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。なお、過去1年間の腹部エコー精密検査例数が10例より少ない場合は、登録を保留する。
- 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 令和5年4月1日～令和7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 令和5年4月1日～令和7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 腰椎を撮影できる単純X線撮影装置を有し、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 骨密度の測定（数値化）を実施していること。

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 令和5年4月1日～令和7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 令和5年4月1日～令和7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。

令和4年12月

公益社団法人福岡県医師会
福岡県集団検診協議会

令和5・6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票（記入例）

【留意事項】

- ※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することもありますのでご了承下さい。
- ※4 件数は、検診の件数だけではなく、施設における件数を記入して下さい。

公益社団法人 福岡県医師会
福岡県集団検診協議会

令和5年1月10日

会長 蓮澤 浩明 殿

医療機関名 県医病院 記入責任者氏名（担当課）：福岡 次郎（総務課）

問合せ先電話番号：（092）431－4564

※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。

〔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-H290 購入年：西暦 2018 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（R 3.12～R 4.11）の胃内視鏡検査の施行例数 1,000 例
3. 過去1年間（R 3.12～R 4.11）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（R 3.12～R 4.11）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。 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（R 3.12～R 4.11）の胸部CT検査の施行例数 50 例
5. 過去1年間（R 3.12～R 4.11）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）についてお尋ねします。
①最新の購入年：西暦 2018 年 ②メーカー名 オリンパス ③型 式 BF-P290
2. 過去1年間（R 3.12～R 4.11）に内視鏡（気管支鏡）の施行例数 30 例
3. 過去1年間（R 3.12～R 4.11）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 キヤノンメディカルシステムズ ②型 式 MGU-1000D
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 2019 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 キヤノンメディカルシステムズ ②型 式 MGU-1000D

2. 超音波診断装置（乳房検査可能なもの）

医療機関名 県 医 病 院

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（R 3.12～R 4.11））

※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

(いずれかに○)

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

※非常勤の場合は、雇用契約書の写しを添付してください。

※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してください。

〔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記入してください。

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（R 3.12～R 4.11）の大腸内視鏡検査の施行例数 150 例

3. 過去1年間（R 3.12～R 4.11）に大腸がんと確定診断した症例数 5 例

4. 注腸X線検査を行っていますか。 1) 行っている 2) 行っていない

〔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術者の経験年数 17 年

③過去1年間（R 3.12～R 4.11）の精密検査例数 50 例

2. 過去1年間（R 3.12～R 4.11）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. MRI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（R 3.12～R 4.11）の肝疾患に関する検査実施

腹部超音波検査 1,500 例 MRI 300 例

腹部CT検査 1,000 例 腹部血管造影 80 例

5. 日本肝臓学会の肝臓専門医がいますか。 1) いる 2) いない (いずれかに○)

※「1) いる」と回答した場合、「専門医No.」と「専門医名」をお答えください。

専門医No. 0123 専門医名 福岡 太郎

※「2) いない」と回答した場合、他の学会（日本医学放射線学会・日本消化器病学会等）で同様の専門医をお持ちの方はいますか。いる場合は、「専門医No.」と「専門医名」もお答えください。

1) いる 専門医No. 専門医名 2) いない (いずれかに○)

〔10〕骨粗しょう症検診精密検査実施登録申請医療機関

1. 腰椎を撮影できる単純X線撮影装置を備えていますか。 1) 備えている 2) 備えていない (いずれかに○)

2. どの方法で骨密度の測定を実施していますか。

1) DXA法 2) MD法 3) DIP法 4) 超音波法 5) その他 ()

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（経直腸的） 1) あり 2) なし (いずれかに○)

2. 自動針生検機器 1) あり 2) なし (いずれかに○)

3. 前立腺生検方法（超音波監視下系統的） 1) 実施している 2) 実施していない (いずれかに○)

4. 過去1年間（R 3.12～R 4.11）のPSA陽性者数 50 名

5. 過去1年間（R 3.12～R 4.11）の前立腺生検件数 40 件

6. 過去1年間（R 3.12～R 4.11）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○)

令和5・6年度各種検診精密検査等実施医療機関の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」を必ずご参照下さい。

- 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。(いずれも単独の申請は可能です。)
- 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アンケート調査票 ③登録審査料 ④その他必要書類(受講証コピー等)

3. 申請方法

- 1) 新規申請医療機関は下記 HP より申請書及びアンケート調査票(以下、「申請書等」)を取得。前期登録医療機関は、本会よりお送りしている申請書類等を確認(HP 掲載の申請書等データを使用いただいてもかまいません)。

□福岡県医師会 HP「各種検診精密検査等実施医療機関登録申請」ページ

URL : https://www.fukuoka.med.or.jp/members/kakushu_todokede/seimitsu.html

ホーム>会員の皆様>各種届出>各種検診精密検査等実施医療機関登録申請

- 2) 申請書等に申請する項目の内容を全て記入し、上記提出物を所属の郡市区医師会へご提出ください。(申請方法が前回より変更になっております。前期登録医療機関には、前期の登録内容を参考資料として添付しておりますので、ご参考ください。)
- 3) 申請書等は、申請医療機関でコピーして保管して下さい。

4. 記載留意点

<申請書>

- 1) 担当医が3名以上となる場合でも、記載は2名までで構いません。
- 2) 講習会の受講確認欄について、
 - ①新規申請の場合は、講習会の受講は必要ありませんので記入は必要ありません。
 - ②更新申請の場合は、毎年度の講習会受講が必要です。下記のとおり、記載して下さい。
 - i.当該年度の講習会を受講済、かつ、受講証あり
⇒当該年度欄に「○」をつけ受講証の写しを添付。
 - ii.当該年度の講習会を受講済だが、受講証がない
⇒主催者に再発行を依頼
※本会で受講が確認できている場合は、参考としてお送りしている「令和3・4年度の登録内容(参考)」に「○」を印字しております。印字がある場合には、受講証を添付せずに申請いただいてもかまいません。
 - iii.当該年度の講習会を未受講
⇒本年度分が未受講の場合、受講確認欄に「受講予定日」を記載し申請。受講後すぐに県医師会に受講証の写しを送付。
※本年度の講習会受講要件は、申請時に受講が間に合わない場合でも年度内に講習会の受講を確認できれば満たすことができます。
⇒前年度分が未受講の場合、受講確認欄に「未受講」と記載し申請。

<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」は、下記リンクの一覧をご参照下さい。

- ・日本乳がん検診精度管理中央機構（以下、「精中機構」）HP
「日本医学放射線学会の仕様基準を満たした乳房X線撮影装置一覧表」
URL：https://www.qabcs.or.jp/mmg_eva/ichiran.html

3) 新規開業等により開業施設での実績が無い場合は、前勤務先を記載したうえで、前勤務先での実績を記入して下さい。

5. 添付書類

- 1) 講習会の受講証については上記の＜申請書＞欄をご確認ください。
- 2) 乳がん検診（マンモグラフィ撮影）・乳がん検診精密検査について
 - ①「乳がん検診（マンモグラフィ撮影）」を申請する場合は、精中機構認定のマンモグラフィ技術講習会の受講証もしくは認定証、評価シートいずれかのコピーを添付してください。
 - ②「乳がん検診精密検査」を申請する場合は、精中機構認定のマンモグラフィ読影講習会及び技術講習会の認定証もしくは評価シートのコピーを添付してください。
- 3) 新規申請場合は、マンモグラフィ施設画像評価の提出も必要となります。精中機構の施設画像評価を受けている場合は、同機構の評価シートをご提出ください。施設画像評価を受けていない場合は、施設画像評価のための書類をお送りしますので本会事務局（092-431-4564）にご連絡下さい。
- 4) 乳がん検診精密検査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。
- 5) 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。

6. 申請医療機関の審査・登録

医療機関の登録は、各種検診部会で申請内容をもと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に公表します。希望しない場合は、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します。

9. その他留意事項

- 1) 登録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次年度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（マンモグラフィ撮影）及び乳がん検診精密検査については登録後、施設画像評価を実施します。

令和５・６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 蓮 澤 浩 明 殿

令和５・６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。

ふ り が な
医療機関名 _____ (医療機関番号： _____) 医師会
〒 _____
住 所 _____
管理者名 _____ (医療機関番号： _____)
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. 登録申請基準を必ず確認の上、申請してください。
２. 登録希望の項目に「○」をつけ、別紙アンケート調査に回答してください。
３. 肺がん・肝臓がん検診再精密検査実施医療機関の申請は、精密検査実施医療機関に申請（登録）がある場合のみ申請できます。
４. 乳がん検診精密検査・乳がん検診（マンモグラフィ撮影）の両方を申請される場合は、登録・審査料は併せて 3,000 円となります。（いずれも単独の申請は可能です。）
５. 担当医名欄は①担当医名②医籍登録番号③担当科名を必ず記入して下さい。担当医の記載は２名までで構いません。
６. 新規申請の場合は、講習会の受講は不要です。
７. 登録・審査料は登録を見送りされた場合も返金いたしませんのでご了承ください。
８. 講習会の受講確認欄について、
①新規申請の場合は、受講は必須ではありませんので記入は不要です。
②更新申請の場合は、毎年度の講習会受講が必要です、下記の
- とおり、記載して下さい。
- i. 当該年度の講習会を受講済、かつ、受講証あり
⇒当該年度欄に「○」をつけ受講証の写しを添付。
- ii. 当該年度の講習会を受講済だが、受講証がない
⇒主催者に再発行を依頼
※本会で受講が確認できている場合は、参考としてお送りしている「令和３・４年度の登録内容（参考）」に「○」を印字しています。印字がある場合は、受講証を添付せずに申請いただいてもかまいません。
- iii. 当該年度の講習会を未受講
⇒本年度分が未受講の場合、受講確認欄に「受講予定日」を記載し、受講後すぐに県医師会に受講証の写しを送付。
※本年度の講習会受講要件は、申請時に受講が間に合わない場合でも年度内に受講確認できれば満たすことができます。
⇒前年度分が未受講の場合、受講確認欄に「未受講」と記載。

項 目		登録・ 審査料 ※ 7	登 録 希 望 (○印) ※ 2	担 当 医 名 ※ 5 ・ 医籍登録番号 ・ 担当科名		令和３・４年度の 講習会受講確認 ※新規申請は記入不要です。		申 請 区 分 (いづれかに○)
						令和３年度	令和４年度	
1	胃がん検診 精密検査	10,000 円		1.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：	2.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：			・新 規 ・更 新
2	子宮がん検診 精密検査	3,000 円		1.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：	2.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：			・新 規 ・更 新
3-1	肺がん検診 精密検査	3,000 円		1.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：	2.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：			・新 規 ・更 新
3-2	肺がん検診 再精密検査※ 3	無料		1.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：	2.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：			・新 規 ・更 新
4-1	乳がん検診 [マンモグラフィ撮 影]※ 4	3,000 円		1.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：	2.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：			・新 規 ・更 新
4-2	乳がん検診 精密検査※ 4	3,000 円		1.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：	2.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：			・新 規 ・更 新
5	大腸がん検診 精密検査	3,000 円		1.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：	2.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：			・新 規 ・更 新
6-1	肝臓がん検診 精密検査	3,000 円		1.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：	2.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：			・新 規 ・更 新
6-2	肝臓がん検診 再精密検査※ 3	無料		1.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：	2.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：			・新 規 ・更 新
7	骨粗しょう症 検診精密検査	3,000 円		1.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：	2.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：			・新 規 ・更 新
8	前立腺がん検診 精密検査	3,000 円		1.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：	2.氏 名： 医籍番号： 担 当 科：			・新 規 ・更 新

令和5・6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票

【留意事項】

- ※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することもありますのでご了承下さい。
- ※4 件数は、検診の件数だけではなく、施設における件数を記入して下さい。

公益社団法人 福岡県医師会
福岡県集団検診協議会
会長 蓮澤浩明 殿

令和 年 月 日

医療機関名 _____ 記入責任者氏名(担当課): _____ (_____)
問合せ先電話番号: (_____) _____

※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。

〔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(R 3.12~R 4.11)の胃内視鏡検査の施行例数 _____ 例
3. 過去1年間(R 3.12~R 4.11)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(R 3.12~R 4.11)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. 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(R 3.12~R 4.11)の胸部CT検査の施行例数 _____ 例
5. 過去1年間(R 3.12~R 4.11)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(R 3.12~R 4.11)に内視鏡(気管支鏡)の施行例数 _____ 例
3. 過去1年間(R 3.12~R 4.11)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（乳房検査可能なもの）

①メーカー名_____ ②型 式_____

II. 手術・検査等実施全数（過去1年間（R 3.12～R 4.11））

※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してください。

※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してください。

〔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記入してください。

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（R 3.12～R 4.11）の大腸内視鏡検査の施行例数 _____例
 3. 過去1年間（R 3.12～R 4.11）に大腸がんと確定診断した症例数_____例
 4. 注腸X線検査を行っていますか。 1) 行っている 2) 行っていない

〔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術者の経験年数_____年
 ③過去1年間（R 3.12～R 4.11）の精密検査例数_____例
 2. 過去1年間（R 3.12～R 4.11）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. CT検査装置 メーカー名・形式_____（_____列）
 2. MRI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（R 3.12～R 4.11）の肝疾患に関する検査実施
 腹部超音波検査_____例 MRI _____例
 腹部CT検査 _____例 腹部血管造影_____例
 5. 日本肝臓学会の肝臓専門医がいますか。 1) いる 2) いない（いずれかに○）

※「1) いる」と回答した場合、「専門医No.」と「専門医名」をお答えください。

専門医No. _____ 専門医名 _____

※「2) いない」と回答した場合、他の学会（日本医学放射線学会・日本消化器病学会等）で同様の専門医をお持ちの方はいますか。いる場合は、「専門医No.」と「専門医名」もお答えください。

1) いる 専門医No. _____ 専門医名 _____ 2) いない（いずれかに○）

〔10〕骨粗しょう症検診精密検査実施登録申請医療機関

1. 腰椎を撮影できる単純X線撮影装置を備えていますか。 1) 備えている 2) 備えていない（いずれかに○）
 2. どの方法で骨密度の測定を実施していますか。
 1) DXA法 2) MD法 3) DIP法 4) 超音波法 5) その他（_____）

①メーカー名_____ ②型 式_____ ③購入年：西暦_____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（経直腸的） 1) あり 2) なし（いずれかに○）
 2. 自動針生検機器 1) あり 2) なし（いずれかに○）
 3. 前立腺生検方法（超音波監視下系統的） 1) 実施している 2) 実施していない（いずれかに○）
 4. 過去1年間（R 3.12～R 4.11）のPSA陽性者数 _____名
 5. 過去1年間（R 3.12～R 4.11）の前立腺生検件数 _____件
 6. 過去1年間（R 3.12～R 4.11）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○）