

## 「香川県各がん検診精密検査協力医療機関届出書」の記入要領

※届出基準を満たさない医療機関については、名簿に掲載することができません。

香川県がん検診精密検査協力医療機関作成要領の「4 届出基準」をご確認いただき、届出基準を全て満たす場合のみ、届出書を御提出くださいますようお願いいたします。

### 1 記入単位

- ・ 胃がん(第1号様式)、子宮頸がん(第2号様式)、肺がん(第3号様式)、乳がん(第4号様式)、大腸がん(第5号様式)について医療機関単位で記入してください。

※押印の廃止や記入項目の削除等に伴い、令和4年9月9日付けで様式を一部改正していますので、古い様式に記入しないようご注意ください。

### 2 医療機関名・院長名

- ・ 医療機関の正式名称及び代表者の職氏名を記入してください。
- ・ 押印は不要です。

### 3 精密検査責任者欄

- ・ 各がん検診精密検査における責任部署について記入してください。

### 4 各がん検診精密検査に携わる医師等名

- ・ 人事異動の予定がある場合は、その旨も記入してください。

### 5 機器保有状況

- ・ 届出書提出時の状況を記入してください。

### 6 検査件数、がん発見例数

- ・ 前年度の状況を記入してください。(今回は令和3年度)
- ・ 必ず件数を記入してください。(該当件数が無い場合は「0」と記入してください。記入が無く空欄の場合は「0」と判断いたします。)

### 7 年間検査可能件数

- ・ 実績等により1年間で検査可能な件数を記入してください。

### 8 提出期限

**令和4年10月31日(月) 必着**

香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領の定めによらず、上記の期限までにご提出ください。

### 9 提出方法

郵送 又は メール (Word形式 又は 手書きで記入したものをスキャンしたPDF形式)

### 10 提出先

●郵送：〒760-8570 (住所不要) 香川県健康福祉部健康福祉総務課 がん対策グループ

●メール：kenkosomu@pref.kagawa.lg.jp

(メールの件名に必ず「**【がん対策グループ宛て】**」と記載してください。)

# 記入要領

(様式第1号)

香川県胃がん検診精密検査協力医療機関届出書

年 月 日

香川県がん対策推進協議会長 殿

医療機関名：

代表者職氏名：

当医療機関は、胃がん検診精密検査協力医療機関として、下記の

・医療機関の正式名称及び代表者の職氏名を記入してください。  
・押印は不要です。

精密検査 責任者	診療科名	
	医師名	
	E-mail アドレス	
精密検査担当診療科名		
郵便番号		
住所		
電話番号		
FAX 番号		

## 1. 胃がん検診精密検査に携わる医師名

医師名	認定医・専門医の資格	講習会等の参加有無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無

人事異動の予定がある場合は、その旨も記入してください。

\*講習会等とは、がん検診等に関する学会及び協議会の指導によるがん検診従事者講習会のこととする

## 2. 機器保有状況及び検査件数

届出書提出時の状況を記入してください。

実績等により1年間で検査可能な件数を記入してください。

	機器保有状況	前年度検査件数	年間検査可能件数
上部消化管内視鏡検査	有 ( 台 ) ・ 無	件	件
X線透視検査	有 ( 台 ) ・ 無	件	件
生検実施体制 (病理診断)	自施設で実施   外部委託機関で実施   無	件	件

## 3. 胃がん発見例数

	前年度発見例数
早期がん	例
進行がん	例
深達度不明	例

前年度の状況を記入してください。

必ず件数を記入してください。(該当がない場合は0と記入してください)