

香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領の改正案について

1 改正概要

医療機関の負担軽減を図る観点から、届出の更新頻度を改めるほか、様式を簡素化する。
また、実態に合わせて、名簿を作成・公表する主体を「協議会」から「香川県」に改める。

2 主な改正箇所（詳細は別添新旧対照表を参照）（※番号は改正後のもの）

(1) 「1 目的」「2 実施主体」「3 協力医療機関からの届出及び名簿の作成」

- ・実施主体を「香川県がん対策推進協議会」から「香川県」に改める。
- ・名簿の作成に当たっては各がん部会と協議を行うことを明記する。

(2) 「4 届出の更新」

更新頻度を「原則として年1回」から「原則として3年に1回」に改める。

(※ただし、新規の届出があった場合は、年1回、部会と協議の上、名簿を作成する。)

(3) 「5 届出基準」（※現在名簿に登録している協力医療機関は、改正による影響なし。）

届出基準の改正に当たっては各がん部会と協議を行うことを明記する。

① 子宮頸がん関係

「原則として、体がんについてはヒステロスコープ検査が可能であること。」を削る。

② 肺がん関係

- ・「気管支鏡専門医」を削る。
- ・「放射線科専門医」を「放射線診断専門医」に改める。
- ・「※なお、上記以外に部会が認めたものを含める場合がある。」を削る。

③ 乳がん関係

「二重読影（うち1名は精中委認定医師）が可能であること。」を削る。

④ 大腸がん関係

精密検査の実施方法の記載について形式的な改正を行う。

(4) 「7 協力医療機関の取消」

協力医療機関から辞届出書の提出があったときの対応について、
「取り消すことができる」から「速やかに取り消す」に改める。

(5) 様式関係

① 届出書（様式第1号から様式第5号まで）

- 「1 精密検査に携わる医師名」の欄について、
 - ・届出基準に定める資格を具体的に列挙し、該当する資格にチェックする形式に改める。
 - ・「講習会等の参加有無」の欄を削る。
- 「3（乳がんのみ4） がん発見例数」の欄を削る。

② 変更届出書（様式第6号から様式第10号まで）

様式を統一し、内容を簡素化する。

新旧対照表（全文を掲載）

別添

香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領

| 新 | 旧 |
|--|--|
| <p>1 目的</p> <p>市町等が実施したがん検診の結果、要精密検査と判定された者への情報提供に資するため、届出制により香川県がん検診精密検査協力医療機関（以下「協力医療機関」という。）名簿を作成・公表し、本県のがん検診の精度の向上を図る。</p> <p><u>2 実施主体</u></p> <p><u>香川県（以下「県」という。）</u></p> <p><u>3 協力医療機関からの届出及び名簿の作成</u></p> <p>(1) <u>名簿への登載を希望する</u>医療機関は、<u>5</u>の届出基準を満たす場合に、香川県各がん検診精密検査協力医療機関届出書（以下「届出書」という。（様式第1～5号））を<u>県</u>に毎年9月末日までに提出する。</p> <p>(2) <u>県</u>は、提出された届出書を取りまとめ、<u>香川県がん対策推進協議会各がん部会（以下「部会」という。）と協議の上</u>、届出基準に基づき精査し、名簿を作成する。</p> <p>(3) <u>県</u>は、協力医療機関の名簿を、保健所、市町及び検診団体に送付するほか、県ホームページに掲載することにより公表する。</p> <p><u>4 届出の更新</u></p> <p>届出の更新は、原則として<u>3年</u>に1回実施することとし、更新手続きは<u>3</u>の名簿の作成手順に準じて行うものとする。</p> | <p>1 目的</p> <p><u>香川県がん検診の精度管理のための技術的指針に基づいて</u>、市町等が実施したがん検診の結果、要精密検査と判定された者への情報提供に資するため、<u>香川県がん対策推進協議会（以下「協議会」という。）は</u>、届出制により香川県がん検診精密検査協力医療機関（以下「協力医療機関」という。）名簿を作成・公表し、本県のがん検診の精度の<u>維持・</u>向上を図る。</p> <p><u>2 協力医療機関からの届出及び名簿の作成</u></p> <p>(1) 医療機関は、<u>4</u>の届出基準を満たす場合に、香川県各がん検診精密検査協力医療機関届出書（以下「届出書」という。（様式第1～5））を<u>香川県がん対策推進協議会長（以下「会長」という。）あて</u>に毎年9月末日までに提出する。</p> <p>(2) <u>協議会</u>は、提出された届出書を取りまとめ、届出基準に基づき精査し、名簿を作成する。</p> <p>(3) <u>協議会</u>は、協力医療機関の名簿を、保健所、市町及び検診団体に送付するほか、県ホームページに掲載することにより公表する。</p> <p><u>3 届出の更新</u></p> <p>届出の更新は、原則として年1回実施することとし、更新手続きは<u>2</u>の名簿の作成手順に準じて行うものとする。</p> |

| 新 | 旧 |
|---|--|
| <p>5 届出基準 協力医療機関の要件は次のとおりとし、<u>届出基準を改正するときは、部会と協議の上、決定することとする。</u></p> <p>(1) 胃がん検診精密検査協力医療機関</p> <p>① 精密検査のための十分な経験と技術を持った医師が勤務していること。 原則として、日本消化器病学会、日本消化器がん検診学会、日本消化器内視鏡学会、日本医学放射線学会のいずれかの認定医・専門医が勤務していること。</p> <p>② 精密検査として、上部消化管内視鏡検査あるいはX線透視検査が実施できること。</p> <p>③ 原則として、生検が可能であること。</p> <p>(2) 子宮頸がん検診精密検査協力医療機関</p> <p>① 精密検査のための十分な経験と技術を持った医師が勤務していること。</p> <p>② 精密検査を行うことができる双眼コルポスコープを有すること。</p> <p>③ 原則として、HPV検査が可能であること。</p> <p>④ 原則として、生検が可能であること。</p> <p>(3) 肺がん検診精密検査協力医療機関</p> <p>① 精密検査のための十分な経験と技術を持った医師が勤務していること。 原則として、呼吸器専門医、呼吸器外科専門医又は放射線<u>診断</u>専</p> | <p>4 届出基準 協力医療機関の要件は次のとおりとする。</p> <p>(1) 胃がん検診精密検査協力医療機関</p> <p>① 精密検査のための十分な経験と技術を持った医師が勤務していること。 原則として、日本消化器病学会、日本消化器がん検診学会、日本消化器内視鏡学会、日本医学放射線学会のいずれかの認定医・専門医が勤務していること。</p> <p>② 精密検査として、上部消化管内視鏡検査あるいはX線透視検査が実施できること。</p> <p>③ 原則として、生検が可能であること。</p> <p>(2) 子宮頸がん検診精密検査協力医療機関</p> <p>① 精密検査のための十分な経験と技術を持った医師が勤務していること。</p> <p>② 精密検査を行うことができる双眼コルポスコープを有すること。</p> <p>③ <u>原則として、体がんについてはヒステロスコープ検査が可能であること。</u></p> <p>④ 原則として、HPV検査が可能であること。</p> <p>⑤ 原則として、生検が可能であること。</p> <p>(3) 肺がん検診精密検査協力医療機関</p> <p>① 精密検査のための十分な経験と技術を持った医師が勤務していること。 原則として、呼吸器専門医、呼吸器外科専門医、<u>気管支鏡専門医</u></p> |

| 新 | 旧 |
|---|---|
| <p>門医のいずれかの資格を持った医師が勤務していること。</p> <p>② 精密検査として、高分解能CT検査が実施できること。</p> <p>(4) 乳がん検診精密検査協力医療機関</p> <p>① 精密検査のための十分な経験と技術を持った医師が勤務していること。 原則として、日本乳がん検診精度管理中央機構（以下「精中機構」という。）の認定を受けた医師が1名以上勤務していること。</p> <p>② 精中機構の認定を受けた診療放射線技師が1名以上勤務していること。</p> <p>③ 精密検査を行うことができる乳腺用X線撮影装置及び乳腺用超音波検査装置を有すること。</p> <p>④ 細胞診（穿刺吸引細胞診を含む。）及び生検（針生検を含む。）が可能であり、実施後早期に結果が得られること。</p> <p>(5) 大腸がん検診精密検査協力医療機関</p> <p>① 精密検査のための十分な経験と技術を持った医師が勤務していること。 原則として、日本消化器内視鏡学会、日本消化器病学会、日本消化器がん検診学会、日本医学放射線学会、日本大腸肛門病学会のいずれかの認定医・専門医が勤務していること。</p> <p>② 精密検査として、全大腸内視鏡検査が実施できること。精密検査を全大腸内視鏡検査で行うことが困難な場合においては、S状結腸</p> | <p>又は放射線科専門医のいずれかの資格を持った医師が勤務していること。</p> <p>② 精密検査として、高分解能CT検査が実施できること。 <u>※なお、上記以外に部会が認めたものを含める場合がある。</u></p> <p>(4) 乳がん検診精密検査協力医療機関</p> <p>① 精密検査のための十分な経験と技術を持った医師が勤務していること。 原則として、日本乳がん検診精度管理中央機構（以下「精中機構」という。）の認定を受けた医師が1名以上勤務していること。</p> <p>② 精中機構の認定を受けた診療放射線技師が1名以上勤務していること。</p> <p>③ 精密検査を行うことができる乳腺用X線撮影装置及び乳腺用超音波検査装置を有すること。</p> <p>④ <u>乳腺用X線撮影装置による画像診断について、二重読影（うち1名は精中委認定医師）が可能であること。</u></p> <p>⑤ 細胞診（穿刺吸引細胞診を含む。）及び生検（針生検を含む。）が可能であり、実施後早期に結果が得られること。</p> <p>(5) 大腸がん検診精密検査協力医療機関</p> <p>① 精密検査のための十分な経験と技術を持った医師が勤務していること。 原則として、日本消化器内視鏡学会、日本消化器病学会、日本消化器がん検診学会、日本医学放射線学会、日本大腸肛門病学会のいずれかの認定医・専門医が勤務していること。</p> <p>② 精密検査として、<u>全大腸が観察できること。精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査とする。</u>精密検査を全大腸内視鏡検査で行うこ</p> |

| 新 | 旧 |
|---|---|
| <p>内視鏡検査及び注腸エックス線検査（二重造影法）の併用による精密検査が、<u>十分な精度管理の下で、注腸エックス線検査の専門家により実施できること。</u></p> <p>③ 原則として、生検が可能であること。</p> <p>(6) 各がん検診精密検査協力医療機関についての共通事項</p> <p>① 発見されたがんに対する根治手術が実施できるなど、適切な治療体制が整備<u>さ</u>れていること。ただし、治療担当機関との連携体制が整備されている医療機関においてはこの限りではない。</p> <p>② 原則<u>として</u>、生検について、自<u>施設</u>あるいは外部委託機関において診断及び検査のできる体制が整っていること。</p> <p>③ 精密検査の結果は、精密検査結果報告書の所定記載事項に結果を記入し、市町（検診受託機関）へ速やかに返送するなど市町の行う各がん検診の精度管理の向上に協力すること。また、精密検査の結果については、必要に応じて部会に報告されることについて了承すること。</p> <p>④ 発見がんに関して、部会等が実施する事後調査等に積極的に協力すること。</p> <p>⑤ 精密検査に携わる医師等が、<u>関連の各種学会等</u>に参加し、常にがん検診等に関する学術情報や知見を得よう努めていること<u>が望ましい。</u></p> <p><u>6</u> 協力医療機関名簿登載後の変更</p> <p>協力医療機関は、届出書の内容に変更を生じた場合には、速やかに、香川県各がん検診精密検査協力医療機関変更届出書（様式第<u>6号</u>）を<u>県</u>に提</p> | <p>とが困難な場合においては、S状結腸内視鏡検査及び注腸エックス線検査（二重造影法）の併用による精密検査を<u>実施する。ただし、その実施に当たっては、十分な精度管理の下で、注腸エックス線検査の専門家により実施すること。</u></p> <p>③ 原則として、生検が可能であること。</p> <p>(6) 各がん検診精密検査協力医療機関についての共通事項</p> <p>① 発見されたがんに対する根治手術が実施できるなど、適切な治療体制が整備されていること。ただし、治療担当機関との連携体制が整備されている医療機関においてはこの限りではない。</p> <p>② 原則、生検について、自<u>院</u>あるいは外部委託機関において診断及び検査のできる体制が整っていること<u>とする。</u></p> <p>③ 精密検査の結果は、精密検査結果報告書の所定記載事項に結果を記入し、市町（検診受託機関）へ速やかに返送するなど市町の行う各がん検診の精度管理の向上に協力すること。また、精密検査の結果については、必要に応じて部会に報告されることについて了承すること。</p> <p>④ 発見がんに関して、部会等が実施する事後調査等に積極的に協力する<u>とともに香川県がん登録にも協力すること。</u></p> <p>⑤ 精密検査に携わる医師等が、<u>がん検診等に関する学会及び協議会の指導により行われるがん検診従事者講習会への</u>参加し、常にがん検診等に関する学術情報や知見を得よう努めていること。</p> <p><u>5</u> 協力医療機関名簿登載後の変更</p> <p><u>(1)</u> 協力医療機関は、届出書の内容に変更を生じた場合には、速やかに、香川県各がん検診精密検査協力医療機関変更届出書 <u>〔以下「変更届出書」</u></p> |

| 新 | 旧 |
|---|---|
| <p>出する。</p> <p><u>7 協力医療機関の取消</u></p> <p>(1) <u>協力医療機関が、その業務を廃止又は名簿からの削除を希望する場合は、香川県がん検診精密検査協力医療機関辞退届出書(様式第7号)を県に提出するものとし、県は届出に基づき協力医療機関を速やかに取り消すものとする。</u></p> <p>(2) <u>県は、次の①又は②に該当するときには、部会と協議の上、協力医療機関を取り消すことができる。</u></p> <p><u>① 協力医療機関の要件が満たされなくなったとき。</u></p> <p><u>② その他、協力医療機関として不相当と認められるとき。</u></p> <p>8 その他 この要領に定めるもののほか、必要な事項は<u>別に</u>定める。</p> | <p><u>という。(様式第6～10)]を会長あてに提出する。</u></p> <p><u>(2) 協議会は、提出された変更届出書を届出基準に基づき精査し、名簿を変更する。</u></p> <p><u>6 協力医療機関の取消</u></p> <p><u>協議会は、次の各号に該当するときには、協力医療機関を取り消すことができる。</u></p> <p>(1) <u>協力医療機関から、協力医療機関の要件が満たされなくなった等の理由により、香川県がん検診精密検査協力医療機関辞退届(様式第11)の提出があったとき。</u></p> <p>(2) その他、協力医療機関として不相当と認められるとき。</p> <p><u>7 届出に係る事務</u></p> <p><u>協力医療機関の届出に関する事務は、香川県健康福祉部健康福祉総務課において行う。</u></p> <p>8 その他 この要領に定めるもののほか、<u>協力医療機関の届出に関して</u>必要な事項は、<u>協議会で</u>定める。</p> |

香川県胃がん検診精密検査協力医療機関届出書

新

旧

(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

香川県知事 殿

医療機関名：
代表者職氏名：

香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領に基づき、胃がん検診精密検査協力医療機関としての要件を満たすため、下記のとおり届出します。

| | |
|-------------|-------------|
| 郵便番号 | |
| 住所 | |
| 精密検査 責任者 | 診療科名 医師名 |
| 事務担当 | 部署・氏名 |
| | 電話番号 |
| | FAX 番号 |
| | メールアドレス |

1. 胃がん検診精密検査に携わる医師名 (該当する資格にチェックしてください)

| 医 師 名 | 認定医・専門医の資格 ※「〇〇学会()医」の括弧内には、「認定・専門・指導」のうち、 該当するものを記入してください。 |
|-------|---|
| | <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会()医 <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会()医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会()医 <input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会()医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載:) |
| | <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会()医 <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会()医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会()医 <input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会()医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載:) |
| | <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会()医 <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会()医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会()医 <input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会()医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載:) |
| | <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会()医 <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会()医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会()医 <input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会()医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載:) |

2. 検査実施の可否 (該当する項目にチェックしてください)

| | 検査実施の可否 | 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 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | 件 | 件 |
| X線透視検査 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | 件 | 件 |
| 生検 (病理診断) | <input type="checkbox"/> 可 (自施設あるいは外部委託機関) <input type="checkbox"/> 否 | 件 | 件 |

(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、下記のとおり協力できるため届出します。

| | | |
|-------------|-------------|--|
| 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 |

*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である

2. 機器保有状況及び検査件数

| | 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 |

香川県子宮頸がん検診精密検査協力医療機関届出書

| 新 | 旧 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------|----------|--|-------------|-------------|------|-------|------|--------|---------|-------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|---------|----------|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|----|--|---|---|---|-------------|------|--|-----|--|--|-------------|--|------------|--|--|------|--|--|----|--|--|------|--|--|--------|--|--|-------|------------|-----------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|---------|---------|----------|-----------|-----------------|---|---|------------|-----------------|---|---|-------|-----------------------|---|---|--------|--|---|---|--|---------|------|---|------|---|-------|---|
| <p>(様式第2号)</p> <p style="text-align: center;">香川県子宮頸がん検診精密検査協力医療機関届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領に基づき、子宮頸がん検診精密検査協力医療機関としての要件を満たすため、下記のとおり届出します。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>郵便番号</td><td></td></tr> <tr><td>住所</td><td></td></tr> <tr><td>精密検査 責任者</td><td>診療科名 医師名</td></tr> <tr><td rowspan="4">事務担当</td><td>部署・氏名</td></tr> <tr><td>電話番号</td></tr> <tr><td>FAX 番号</td></tr> <tr><td>メールアドレス</td></tr> </table> <p>1 子宮頸がん検診精密検査に携わる医師名 (該当する資格にチェックしてください)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">医 師 名</th> <th style="width:60%;">専門医の資格</th> <th style="width:20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専門医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専門医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専門医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専門医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専門医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>2 機器保有状況及び検査実施の可否 (該当する項目にチェックしてください)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:45%;">機器保有の有無及び検査実施の可否</th> <th style="width:15%;">前年度検査件数</th> <th style="width:25%;">年間検査可能件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>双眼コルポスコープ</td> <td><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>HPV検査</td> <td><input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>生検</td> <td><input type="checkbox"/> 可 (自施設あるいは外部委託機関) <input type="checkbox"/> 否</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> </tbody> </table> | 郵便番号 | | 住所 | | 精密検査 責任者 | 診療科名 医師名 | 事務担当 | 部署・氏名 | 電話番号 | FAX 番号 | メールアドレス | 医 師 名 | 専門医の資格 | | | <input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専門医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | | | <input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専門医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | | | <input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専門医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | | | <input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専門医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | | | <input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専門医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | | | 機器保有の有無及び検査実施の可否 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | 双眼コルポスコープ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 件 | 件 | HPV検査 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | 件 | 件 | 生検 | <input type="checkbox"/> 可 (自施設あるいは外部委託機関) <input type="checkbox"/> 否 | 件 | 件 | <p>(様式第2号)</p> <p style="text-align: center;">香川県子宮頸がん検診精密検査協力医療機関届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県がん対策推進協議会長 殿</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>当医療機関は、子宮頸がん検診精密検査協力医療機関として、下記のとおり協力できるため届出します。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td rowspan="2">精密検査 責任者</td><td>診療科名</td><td></td></tr> <tr><td>医師名</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>E-mail アドレス</td><td></td></tr> <tr><td>精密検査担当診療科名</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>郵便番号</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>住所</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>電話番号</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FAX 番号</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>1. 子宮頸がん検診精密検査に携わる医師名</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">医 師 名</th> <th style="width:40%;">認定医・専門医の資格</th> <th style="width:30%;">講習会等の参加有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>有 ・ 無</td></tr> </tbody> </table> <p>*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である</p> <p>2. 機器保有状況及び検査件数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:55%;">機器保有状況等</th> <th style="width:15%;">前年度検査件数</th> <th style="width:15%;">年間検査可能件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>双眼コルポスコープ</td> <td>有 (台) ・ 無</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>ヒステロスコープ検査</td> <td>有 (台) ・ 無</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>HPV検査</td> <td>実施可能 ・ 実施不可</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>生検実施体制</td> <td>自施設で実施 ； 外部委託機関で実施 ； 無</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. 子宮頸がん発見例数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;"></th> <th style="width:30%;">前年度発見例数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>早期がん</td><td>例</td></tr> <tr><td>進行がん</td><td>例</td></tr> <tr><td>深達度不明</td><td>例</td></tr> </tbody> </table> | 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 | | | 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 | | 機器保有状況等 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | 双眼コルポスコープ | 有 (台) ・ 無 | 件 | 件 | ヒステロスコープ検査 | 有 (台) ・ 無 | 件 | 件 | HPV検査 | 実施可能 ・ 実施不可 | 件 | 件 | 生検実施体制 | 自施設で実施 ； 外部委託機関で実施 ； 無 | 件 | 件 | | 前年度発見例数 | 早期がん | 例 | 進行がん | 例 | 深達度不明 | 例 |
| 郵便番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 精密検査 責任者 | 診療科名 医師名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務担当 | 部署・氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FAX 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | メールアドレス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医 師 名 | 専門医の資格 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専門医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専門医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専門医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専門医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専門医 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 機器保有の有無及び検査実施の可否 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 双眼コルポスコープ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HPV検査 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生検 | <input type="checkbox"/> 可 (自施設あるいは外部委託機関) <input type="checkbox"/> 否 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 機器保有状況等 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 双眼コルポスコープ | 有 (台) ・ 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヒステロスコープ検査 | 有 (台) ・ 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HPV検査 | 実施可能 ・ 実施不可 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生検実施体制 | 自施設で実施 ； 外部委託機関で実施 ； 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 前年度発見例数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 早期がん | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 進行がん | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 深達度不明 | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

香川県肺がん検診精密検査協力医療機関届出書

新

(様式第3号)

香川県肺がん検診精密検査協力医療機関届出書

年 月 日

香川県知事 殿

医療機関名：
代表者職氏名：

香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領に基づき、肺がん検診精密検査協力医療機関としての要件を満たすため、下記のとおり届出します。

| | |
|-------------|-------------|
| 郵便番号 | |
| 住所 | |
| 精密検査 責任者 | 診療科名 医師名 |
| 事務担当 | 部署・氏名 |
| | 電話番号 |
| | FAX 番号 |
| | メールアドレス |

1. 肺がん検診精密検査に携わる医師名

| 医師名 | 専門医の資格 |
|-----|---|
| | <input type="checkbox"/> 呼吸器専門医 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科専門医 <input type="checkbox"/> 放射線診断専門医 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載： _____ ） |
| | <input type="checkbox"/> 呼吸器専門医 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科専門医 <input type="checkbox"/> 放射線診断専門医 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載： _____ ） |
| | <input type="checkbox"/> 呼吸器専門医 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科専門医 <input type="checkbox"/> 放射線診断専門医 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載： _____ ） |
| | <input type="checkbox"/> 呼吸器専門医 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科専門医 <input type="checkbox"/> 放射線診断専門医 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載： _____ ） |

2. 検査実施の可否（該当する項目にチェックしてください）

| | 検査実施の可否 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 |
|----------|---|---------|----------|
| 高分解能CT検査 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | 件 | 件 |

旧

(様式第3号)

香川県肺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、肺がん検診精密検査協力医療機関として、下記のとおり協力できるため届出します。

| | | |
|-------------|-------------|--|
| 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. 肺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 |

*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である

2. 機器保有状況及び検査件数

| | 機器保有状況 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 |
|------------|------------------------|---------|----------|
| CT（高分解能）検査 | 有（ _____ 台）・無 | 件 | 件 |
| 細断診実施体制 | 自施設で実施 外部委託機関で実施 無 | 件 | 件 |
| 生検実施体制 | 自施設で実施 外部委託機関で実施 無 | 件 | 件 |

3. 肺がん発見例数

| | 前年度発見例数 |
|-------|---------|
| 早期がん | 例 |
| 進行がん | 例 |
| 深達度不明 | 例 |

香川県乳がん検診精密検査協力医療機関届出書

| 新 | 旧 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------------------|-----------|--|-------------|-------------|------|-------|------|--------|---------|-------|-----------|------------------------------------|--|---|--|--|---|--|--|---|--|-------|-----------|--|---|--|---|--|---|--|-----------------|---------|----------|-----------|---|---|---|------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|------------|---|---|---|--|-------------|------|--|-----|--|-------------|--|------------|--|--|------|--|--|----|--|--|------|--|--|--------|--|--|-------|-----------|---------------|-----------|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|-------|-----------|--------|-----------|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|--------|---------|----------|-----------|----------|---|---|------------|----------|---|---|---------|------------------------|---|---|--------|------------------------|---|---|--|---------|------|---|------|---|-------|---|
| <p>(様式第4号)</p> <p style="text-align: center;">香川県乳がん検診精密検査協力医療機関届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>香川県乳がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領に基づき、乳がん検診精密検査協力医療機関としての要件を満たすため、下記のとおり届出します。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>郵便番号</td><td></td></tr> <tr><td>住所</td><td></td></tr> <tr><td>精密検査 責任者</td><td>診療科名 医師名</td></tr> <tr><td rowspan="4">事務担当</td><td>部署・氏名</td></tr> <tr><td>電話番号</td></tr> <tr><td>FAX 番号</td></tr> <tr><td>メールアドレス</td></tr> </table> <p>1. 乳がん検診精密検査に携わる医師名</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">医 師 名</th> <th style="width:20%;">精中機構認定の有無</th> <th style="width:60%;">その他認定医・専門医の資格 (※精中機構認定「無」の場合のみ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</td><td></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</td><td></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>2. 乳がん検診精密検査に携わる技師名 (該当する項目にチェックしてください)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">技 師 名</th> <th style="width:20%;">精中機構認定の有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</td></tr> </tbody> </table> <p>3. 機器保有状況及び検査実施の可否 (該当する項目にチェックしてください)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;"></th> <th style="width:30%;">機器保有状況及び検査実施の可否</th> <th style="width:10%;">前年度検査件数</th> <th style="width:10%;">年間検査可能件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>乳腺用X線撮影装置</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>乳腺用超音波検査装置</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>細網診(穿刺吸引細網診を含む)</td> <td><input type="checkbox"/> 可(自施設あるいは外部委託機関) <input type="checkbox"/> 否</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>生検(針生検を含む)</td> <td><input type="checkbox"/> 可(自施設あるいは外部委託機関) <input type="checkbox"/> 否</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> </tbody> </table> | 郵便番号 | | 住所 | | 精密検査 責任者 | 診療科名 医師名 | 事務担当 | 部署・氏名 | 電話番号 | FAX 番号 | メールアドレス | 医 師 名 | 精中機構認定の有無 | その他認定医・専門医の資格 (※精中機構認定「無」の場合のみ) | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 技 師 名 | 精中機構認定の有無 | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 機器保有状況及び検査実施の可否 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | 乳腺用X線撮影装置 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 件 | 件 | 乳腺用超音波検査装置 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 件 | 件 | 細網診(穿刺吸引細網診を含む) | <input type="checkbox"/> 可(自施設あるいは外部委託機関) <input type="checkbox"/> 否 | 件 | 件 | 生検(針生検を含む) | <input type="checkbox"/> 可(自施設あるいは外部委託機関) <input type="checkbox"/> 否 | 件 | 件 | <p>(様式第4号)</p> <p style="text-align: center;">香川県乳がん検診精密検査協力医療機関届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県乳がん対策推進協議会長 殿</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>当医療機関は、乳がん検診精密検査協力医療機関として、下記のとおり協力できるため届出します。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td rowspan="3">精密検査責 任者</td><td>診療科名</td><td></td></tr> <tr><td>医師名</td><td></td></tr> <tr><td>E-mail アドレス</td><td></td></tr> <tr><td>精密検査担当診療科名</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>郵便番号</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>住所</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>電話番号</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FAX 番号</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>1. 乳がん検診精密検査に携わる医師名</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">医 師 名</th> <th style="width:20%;">精中機構認定の有無</th> <th style="width:20%;">その他認定医・専門医の資格</th> <th style="width:20%;">講習会等の参加有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td style="text-align: center;">有・無</td><td></td><td style="text-align: center;">有・無</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">有・無</td><td></td><td style="text-align: center;">有・無</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">有・無</td><td></td><td style="text-align: center;">有・無</td></tr> </tbody> </table> <p>2. 乳がん検診精密検査に携わる技師名</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">技 師 名</th> <th style="width:20%;">精中機構認定の有無</th> <th style="width:20%;">その他の資格</th> <th style="width:20%;">講習会等の参加有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td style="text-align: center;">有・無</td><td></td><td style="text-align: center;">有・無</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">有・無</td><td></td><td style="text-align: center;">有・無</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">有・無</td><td></td><td style="text-align: center;">有・無</td></tr> </tbody> </table> <p>*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である</p> <p>3. 機器保有状況及び検査件数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;"></th> <th style="width:30%;">機器保有状況</th> <th style="width:10%;">前年度検査件数</th> <th style="width:10%;">年間検査可能件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>乳腺用X線撮影装置</td> <td style="text-align: center;">有 (台)・無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>乳腺用超音波検査装置</td> <td style="text-align: center;">有 (台)・無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>細網診実施体制</td> <td>自施設で実施 : 外部委託機関で実施 : 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>生検実施体制</td> <td>自施設で実施 : 外部委託機関で実施 : 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> </tbody> </table> <p>4. 乳がん発見例数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:40%;">前年度発見例数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>早期がん</td><td style="text-align: center;">例</td></tr> <tr><td>進行がん</td><td style="text-align: center;">例</td></tr> <tr><td>深達度不明</td><td style="text-align: center;">例</td></tr> </tbody> </table> | 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 | | | 医 師 名 | 精中機構認定の有無 | その他認定医・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 | | 有・無 | 技 師 名 | 精中機構認定の有無 | その他の資格 | 講習会等の参加有無 | | 有・無 | | 有・無 | | 有・無 | | 有・無 | | 有・無 | | 有・無 | | 機器保有状況 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | 乳腺用X線撮影装置 | 有 (台)・無 | 件 | 件 | 乳腺用超音波検査装置 | 有 (台)・無 | 件 | 件 | 細網診実施体制 | 自施設で実施 : 外部委託機関で実施 : 無 | 件 | 件 | 生検実施体制 | 自施設で実施 : 外部委託機関で実施 : 無 | 件 | 件 | | 前年度発見例数 | 早期がん | 例 | 進行がん | 例 | 深達度不明 | 例 |
| 郵便番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 精密検査 責任者 | 診療科名 医師名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務担当 | 部署・氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FAX 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | メールアドレス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医 師 名 | 精中機構認定の有無 | その他認定医・専門医の資格 (※精中機構認定「無」の場合のみ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 技 師 名 | 精中機構認定の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 機器保有状況及び検査実施の可否 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 乳腺用X線撮影装置 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 乳腺用超音波検査装置 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細網診(穿刺吸引細網診を含む) | <input type="checkbox"/> 可(自施設あるいは外部委託機関) <input type="checkbox"/> 否 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生検(針生検を含む) | <input type="checkbox"/> 可(自施設あるいは外部委託機関) <input type="checkbox"/> 否 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医 師 名 | 精中機構認定の有無 | その他認定医・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 | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 技 師 名 | 精中機構認定の有無 | その他の資格 | 講習会等の参加有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 有・無 | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 有・無 | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 有・無 | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 機器保有状況 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 乳腺用X線撮影装置 | 有 (台)・無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 乳腺用超音波検査装置 | 有 (台)・無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細網診実施体制 | 自施設で実施 : 外部委託機関で実施 : 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生検実施体制 | 自施設で実施 : 外部委託機関で実施 : 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 前年度発見例数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 早期がん | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 進行がん | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 深達度不明 | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

香川県大腸がん検診精密検査協力医療機関届出書

| 新 | 旧 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|----------|--|---------|------|--|-----|------|-------|------|--------|---------|-------|------------|--|--|--|--------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|--------------------------------------|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|--------------------------------------|---|---------------------------------------|--|---------------------------------------|---|--|--------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------|---------|----------|----------|---|-----|-----------------------------------|---|-----|----|---|-----|---|---------|------|--|-----|--|-------------|--|------------|--|------|--|----|--|------|--|--------|--|-------|------------|-----------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--------|---------|----------|----------|-------|---|---|----------------------------|-----------------|---|---|----------------------|--------|------------------------|---|---|--|-----------|------|---|------|---|-------|---|
| <p>(様式第5号)</p> <p style="text-align: center;">香川県大腸がん検診精密検査協力医療機関届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領に基づき、大腸がん検診精密検査協力医療機関としての要件を満たすため、下記のとおり届出します。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>郵便番号</td><td></td></tr> <tr><td>住所</td><td></td></tr> <tr><td>精密検査責任者</td><td>診療科名</td></tr> <tr><td></td><td>医師名</td></tr> <tr><td rowspan="4">事務担当</td><td>部署・氏名</td></tr> <tr><td>電話番号</td></tr> <tr><td>FAX 番号</td></tr> <tr><td>メールアドレス</td></tr> </table> <p>1. 大腸がん精密検査に携わる医師名 (該当する資格にチェックしてください)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">医 師 名</th> <th style="width:60%;">認定医・専門医の資格</th> <th style="width:20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4"></td> <td><input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医</td> <td><input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医</td> <td><input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会専門医</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 日本大腸肛門病学会専門医</td> <td><input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医</td> <td><input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医</td> </tr> <tr> <td rowspan="4"></td> <td><input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医</td> <td><input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会専門医</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 日本大腸肛門病学会専門医</td> <td><input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医</td> <td><input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医</td> <td><input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会専門医</td> </tr> <tr> <td rowspan="4"></td> <td><input type="checkbox"/> 日本大腸肛門病学会専門医</td> <td><input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医</td> <td><input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医</td> <td><input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会専門医</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 日本大腸肛門病学会専門医</td> <td><input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：)</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. 検査実施の可否 (該当する項目にチェックしてください)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">検査実施の可否</th> <th style="width:15%;">前年度検査件数</th> <th style="width:15%;">年間検査可能件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>全大腸内視鏡検査</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否</td> <td>件 件</td> </tr> <tr> <td>S状結腸内視鏡検査 及び 注腸X線検査 (二重造影法) の併用検査</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否</td> <td>件 件</td> </tr> <tr> <td>生検</td> <td><input type="checkbox"/> 可(自施設あるいは外部委託機関) <input type="checkbox"/> 否</td> <td>件 件</td> </tr> </tbody> </table> | 郵便番号 | | 住所 | | 精密検査責任者 | 診療科名 | | 医師名 | 事務担当 | 部署・氏名 | 電話番号 | FAX 番号 | メールアドレス | 医 師 名 | 認定医・専門医の資格 | | | <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 | <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 | <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 | <input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会専門医 | <input type="checkbox"/> 日本大腸肛門病学会専門医 | <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 | <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 | | <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 | <input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会専門医 | <input type="checkbox"/> 日本大腸肛門病学会専門医 | <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 | <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 | <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 | <input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会専門医 | | <input type="checkbox"/> 日本大腸肛門病学会専門医 | <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 | <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 | <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 | <input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会専門医 | <input type="checkbox"/> 日本大腸肛門病学会専門医 | <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | 検査実施の可否 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | 全大腸内視鏡検査 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | 件 件 | S状結腸内視鏡検査 及び 注腸X線検査 (二重造影法) の併用検査 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | 件 件 | 生検 | <input type="checkbox"/> 可(自施設あるいは外部委託機関) <input type="checkbox"/> 否 | 件 件 | <p>(様式第5号)</p> <p style="text-align: center;">香川県大腸がん検診精密検査協力医療機関届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県がん対策推進協議会長 殿</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>当医療機関は、大腸がん検診精密検査協力医療機関として、下記のとおり協力できるため届出します。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td rowspan="3">精密検査責任者</td><td>診療科名</td><td></td></tr> <tr><td>医師名</td><td></td></tr> <tr><td>E-mail アドレス</td><td></td></tr> <tr><td>精密検査担当診療科名</td><td></td></tr> <tr><td>郵便番号</td><td></td></tr> <tr><td>住所</td><td></td></tr> <tr><td>電話番号</td><td></td></tr> <tr><td>FAX 番号</td><td></td></tr> </table> <p>1. 大腸がん精密検査に携わる医師名</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">医 師 名</th> <th style="width:60%;">認定医・専門医の資格</th> <th style="width:20%;">講習会等の参加有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td style="text-align: center;">有 ・ 無</td></tr> <tr><td></td><td></td><td style="text-align: center;">有 ・ 無</td></tr> <tr><td></td><td></td><td style="text-align: center;">有 ・ 無</td></tr> <tr><td></td><td></td><td style="text-align: center;">有 ・ 無</td></tr> </tbody> </table> <p>*講習会等とは、がん検診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である</p> <p>2. 機器保有状況及び検査件数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;"></th> <th style="width:30%;">機器保有状況</th> <th style="width:10%;">前年度検査件数</th> <th style="width:30%;">年間検査可能件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>全大腸内視鏡検査</td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">S状結腸内視鏡検査 + 注腸X線検査 (X線透視台)</td> <td>S状結腸内視鏡検査 有 ・ 無</td> <td rowspan="2">件</td> <td rowspan="2">件</td> </tr> <tr> <td>注腸X線検査 (X線透視台) 有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>生検実施体制</td> <td>自施設で実施 / 外部委託機関で実施 / 無</td> <td>件</td> <td>件</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. 大腸がん発見例数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:40%;">前年度がん発見例数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>早期がん</td><td>例</td></tr> <tr><td>進行がん</td><td>例</td></tr> <tr><td>深達度不明</td><td>例</td></tr> </tbody> </table> | 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 | | 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 | | 機器保有状況 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | 全大腸内視鏡検査 | 有 ・ 無 | 件 | 件 | S状結腸内視鏡検査 + 注腸X線検査 (X線透視台) | S状結腸内視鏡検査 有 ・ 無 | 件 | 件 | 注腸X線検査 (X線透視台) 有 ・ 無 | 生検実施体制 | 自施設で実施 / 外部委託機関で実施 / 無 | 件 | 件 | | 前年度がん発見例数 | 早期がん | 例 | 進行がん | 例 | 深達度不明 | 例 |
| 郵便番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 精密検査責任者 | 診療科名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 医師名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務担当 | 部署・氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FAX 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | メールアドレス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医 師 名 | 認定医・専門医の資格 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 | <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 | <input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会専門医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本大腸肛門病学会専門医 | <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 | <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 | <input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会専門医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本大腸肛門病学会専門医 | <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 | <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 | <input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会専門医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本大腸肛門病学会専門医 | <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 | <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 | <input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会専門医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本大腸肛門病学会専門医 | <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載：) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査実施の可否 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 全大腸内視鏡検査 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | 件 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S状結腸内視鏡検査 及び 注腸X線検査 (二重造影法) の併用検査 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | 件 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生検 | <input type="checkbox"/> 可(自施設あるいは外部委託機関) <input type="checkbox"/> 否 | 件 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 機器保有状況 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 全大腸内視鏡検査 | 有 ・ 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S状結腸内視鏡検査 + 注腸X線検査 (X線透視台) | S状結腸内視鏡検査 有 ・ 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 注腸X線検査 (X線透視台) 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生検実施体制 | 自施設で実施 / 外部委託機関で実施 / 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 前年度がん発見例数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 早期がん | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 進行がん | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 深達度不明 | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

香川県胃がん検診精密検査協力医療機関変更届出書

| 新 | 旧 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|------------|--------------|--|--|--|------|-------|--|------|--|--------|--|---------|--|---|-------------|------|--|-----|--|-------------|--|------------|--|--|------|--|--|----|--|--|------|--|--|--------|--|--|-------|------------|------------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--------|---------|--------------|------------|-------------|---|---|--------|-------------|---|---|---------------|------------------------|---|---|--|---------|------|---|------|---|-------|---|
| <p>(様式第6号)</p> <p style="text-align: center;">香川県がん検診精密検査協力医療機関変更届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領に基づき、届出書の内容に変更を生じたため、下記のとおり届出します。</p> <p>1 届出内容</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">変更箇所</th> <th style="width:35%;">変更前</th> <th style="width:50%;">変更後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width:10%; text-align: center;">事務担当</td> <td style="width:20%;">部署・氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FAX 番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>メールアドレス</td> <td></td> </tr> </table> <p>2 変更年月日</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> | 変更箇所 | 変更前 | 変更後 | | | | 事務担当 | 部署・氏名 | | 電話番号 | | FAX 番号 | | メールアドレス | | <p>(様式第6号)</p> <p style="text-align: center;">香川県胃がん検診精密検査協力医療機関変更届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県がん対策推進協議会長 殿</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>次の事項に変更がありますので届出します。 ※変更事項のみご記入ください。(実績件数・実績例の変更は不要)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width:10%;">精密検査 責任者</td> <td style="width:15%;">診療科名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医師名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E-mail アドレス</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">精密検査担当診療科名</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">郵便番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">FAX 番号</td> <td></td> </tr> </table> <p>1. 胃がん検診精密検査に携わる医師名</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">医 師 名</th> <th style="width:40%;">認定医・専門医の資格</th> <th style="width:30%;">講習会等の参加の有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> </tbody> </table> <p>*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である。</p> <p>2. 機器保有状況及び検査件数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;"></th> <th style="width:30%;">機器保有状況</th> <th style="width:10%;">前年度検査件数</th> <th style="width:10%;">年間検査 可能件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上部消化管内視鏡検査</td> <td style="text-align: center;">有 (台) ・ 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>X線透視検査</td> <td style="text-align: center;">有 (台) ・ 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>生検実施体制 (病理診断)</td> <td style="text-align: center;">自施設で実施 外部委託機関で実施 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. 胃がん発見例数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:40%;">前年度発見例数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>早期がん</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td>進行がん</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td>深達度不明</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> </tbody> </table> | 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 | | | 医 師 名 | 認定医・専門医の資格 | 講習会等の参加の有無 | | | 有 ・ 無 | | | 有 ・ 無 | | | 有 ・ 無 | | | 有 ・ 無 | | 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 | | 前年度発見例数 | 早期がん | 例 | 進行がん | 例 | 深達度不明 | 例 |
| 変更箇所 | 変更前 | 変更後 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務担当 | 部署・氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FAX 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | メールアドレス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医 師 名 | 認定医・専門医の資格 | 講習会等の参加の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 前年度発見例数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 早期がん | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 進行がん | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 深達度不明 | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

香川県子宮頸がん検診精密検査協力医療機関変更届出書

| 新 | 旧 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|-----------|----------|--|--|--|------|-------|--|------|--|--------|--|---------|--|--|-------------|------|--|-----|--|-------------|--|------------|--|--|------|--|--|----|--|--|------|--|--|--------|--|--|-------|------------|-----------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--------|---------|----------|-----------|-----------------|---|---|------------|-----------------|---|---|-------|-------------|---|---|--------|------------------------|---|---|--|---------|------|---|------|---|-------|---|
| <p>(様式第6号)</p> <p style="text-align: center;">香川県がん検診精密検査協力医療機関変更届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領に基づき、届出書の内容に変更を生じたため、下記のとおり届出します。</p> <p>1 届出内容</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">変更箇所</th> <th style="width:35%;">変更前</th> <th style="width:50%;">変更後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width:10%; text-align: center; vertical-align: middle;">事務担当</td> <td style="width:20%;">部署・氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FAX 番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>メールアドレス</td> <td></td> </tr> </table> <p>2 変更年月日 年 月 日</p> | 変更箇所 | 変更前 | 変更後 | | | | 事務担当 | 部署・氏名 | | 電話番号 | | FAX 番号 | | メールアドレス | | <p>(様式第7号)</p> <p style="text-align: center;">香川県子宮頸がん検診精密検査協力医療機関変更届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県がん対策推進協議会長 殿</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>次の事項に変更がありますので届出します。 ※変更事項のみご記入ください。(実績件数・実績例の変更は不要)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td rowspan="3" style="width:10%;">精密検査 責任者</td> <td style="width:20%;">診療科名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医師名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E-mail アドレス</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">精密検査担当診療科名</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">郵便番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">FAX 番号</td> <td></td> </tr> </table> <p>1. 子宮頸がん検診精密検査に携わる医師名</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">医 師 名</th> <th style="width:40%;">認定医・専門医の資格</th> <th style="width:30%;">講習会等の参加有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> </tbody> </table> <p>*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である</p> <p>2. 機器保有状況及び検査件数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;"></th> <th style="width:40%;">機器保有状況</th> <th style="width:10%;">前年度検査件数</th> <th style="width:20%;">年間検査可能件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>双眼コルポスコープ</td> <td>有 (台) ・ 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>ヒステロスコープ検査</td> <td>有 (台) ・ 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>HPV検査</td> <td>実施可能 ・ 実施不可</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>生検実施体制</td> <td>自施設で実施 ; 外部委託機関で実施 ; 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. 子宮頸がん発見例数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;"></th> <th style="width:30%;">前年度発見例数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>早期がん</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td>進行がん</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td>深達度不明</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> </tbody> </table> | 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 | | | 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 | | 機器保有状況 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | 双眼コルポスコープ | 有 (台) ・ 無 | 件 | 件 | ヒステロスコープ検査 | 有 (台) ・ 無 | 件 | 件 | HPV検査 | 実施可能 ・ 実施不可 | 件 | 件 | 生検実施体制 | 自施設で実施 ; 外部委託機関で実施 ; 無 | 件 | 件 | | 前年度発見例数 | 早期がん | 例 | 進行がん | 例 | 深達度不明 | 例 |
| 変更箇所 | 変更前 | 変更後 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務担当 | 部署・氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FAX 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | メールアドレス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 機器保有状況 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 双眼コルポスコープ | 有 (台) ・ 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヒステロスコープ検査 | 有 (台) ・ 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HPV検査 | 実施可能 ・ 実施不可 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生検実施体制 | 自施設で実施 ; 外部委託機関で実施 ; 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 前年度発見例数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 早期がん | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 進行がん | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 深達度不明 | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

香川県肺がん検診精密検査協力医療機関変更届出書

| 新 | 旧 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----------|--------------|--|--|--|------|-------|--|------|--|--------|--|---------|--|---|-------------|------|--|-----|--|-------------|--|------------|--|--|------|--|--|----|--|--|------|--|--|--------|--|--|-------|------------|-----------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--------|---------|--------------|--------------|-----------------|---|---|---------|--------------------------|---|---|--------|--------------------------|---|---|--|---------|------|---|------|---|-------|---|
| <p>(様式第6号)</p> <p style="text-align: center;">香川県がん検診精密検査協力医療機関変更届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領に基づき、届出書の内容に変更を生じたため、下記のとおり届出します。</p> <p>1 届出内容</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">変更箇所</th> <th style="width:35%;">変更前</th> <th style="width:50%;">変更後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width:10%; text-align: center; vertical-align: middle;">事務担当</td> <td style="width:20%;">部署・氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FAX 番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>メールアドレス</td> <td></td> </tr> </table> <p>2 変更年月日</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> | 変更箇所 | 変更前 | 変更後 | | | | 事務担当 | 部署・氏名 | | 電話番号 | | FAX 番号 | | メールアドレス | | <p>(様式第8号)</p> <p style="text-align: center;">香川県肺がん検診精密検査協力医療機関変更届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県がん対策推進協議会長 殿</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>次の事項に変更がありますので届出します。 ※変更事項のみご記入ください。(実績件数・実績例の変更は不要)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td rowspan="3" style="width:10%;">精密検査 責任者</td> <td style="width:20%;">診療科名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医師名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E-mail アドレス</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">精密検査担当診療科名</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">郵便番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">FAX 番号</td> <td></td> </tr> </table> <p>1. 肺がん検診精密検査に携わる医師名</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">医 師 名</th> <th style="width:30%;">認定医・専門医の資格</th> <th style="width:40%;">講習会等の参加有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> </tbody> </table> <p>*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である</p> <p>2. 機器保有状況及び検査件数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:45%;">機器保有状況</th> <th style="width:15%;">前年度検査件数</th> <th style="width:25%;">年間検査 可能件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CT (高分解能) 検査</td> <td>有 (台) ・ 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>細胞診実施体制</td> <td>自施設で実施 外部委託機関で実施 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>生検実施体制</td> <td>自施設で実施 外部委託機関で実施 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. 肺がん発見例数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;"></th> <th style="width:30%;">前年度発見例数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>早期がん</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td>進行がん</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td>深達度不明</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> </tbody> </table> | 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 | | | 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 | | 機器保有状況 | 前年度検査件数 | 年間検査 可能件数 | CT (高分解能) 検査 | 有 (台) ・ 無 | 件 | 件 | 細胞診実施体制 | 自施設で実施 外部委託機関で実施 無 | 件 | 件 | 生検実施体制 | 自施設で実施 外部委託機関で実施 無 | 件 | 件 | | 前年度発見例数 | 早期がん | 例 | 進行がん | 例 | 深達度不明 | 例 |
| 変更箇所 | 変更前 | 変更後 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務担当 | 部署・氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FAX 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | メールアドレス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 機器保有状況 | 前年度検査件数 | 年間検査 可能件数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CT (高分解能) 検査 | 有 (台) ・ 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞診実施体制 | 自施設で実施 外部委託機関で実施 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生検実施体制 | 自施設で実施 外部委託機関で実施 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 前年度発見例数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 早期がん | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 進行がん | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 深達度不明 | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

香川県乳がん検診精密検査協力医療機関変更届出書

| 新 | 旧 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|---------------|-----------|--|--|--|------|-------|--|------|--|--------|--|---------|--|--|---------|------|--|-----|--|-------------|--|------------|--|--|------|--|--|----|--|--|------|--|--|--------|--|--|-------|----------|---------------|-----------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|-------|----------|--------|-----------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|--------|---------|----------|-----------|------------|---|---|------------|------------|---|---|---------|--------|-----------|---|--------|--------|-----------|---|--|---------|------|---|------|---|-------|---|
| <p>(様式第6号)</p> <p style="text-align: center;">香川県がん検診精密検査協力医療機関変更届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領に基づき、届出書の内容に変更を生じたため、下記のとおり届出します。</p> <p>1 届出内容</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">変更箇所</th> <th style="width:35%;">変更前</th> <th style="width:50%;">変更後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width:10%; text-align: center; vertical-align: middle;">事務担当</td> <td style="width:20%;">部署・氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FAX 番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>メールアドレス</td> <td></td> </tr> </table> <p>2 変更年月日</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> | 変更箇所 | 変更前 | 変更後 | | | | 事務担当 | 部署・氏名 | | 電話番号 | | FAX 番号 | | メールアドレス | | <p>(様式第9号)</p> <p style="text-align: center;">香川県乳がん検診精密検査協力医療機関変更届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県がん対策推進協議会長 殿</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>次の事項に変更がありますので届出します。 ※変更事項のみご記入ください。(実績件数・実績例の変更は不要)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td rowspan="3" style="width:10%;">精密検査責任者</td> <td style="width:20%;">診療科名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医師名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E-mail アドレス</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">精密検査担当診療科名</td> </tr> <tr> <td colspan="3">郵便番号</td> </tr> <tr> <td colspan="3">住所</td> </tr> <tr> <td colspan="3">電話番号</td> </tr> <tr> <td colspan="3">FAX 番号</td> </tr> </table> <p>1. 乳がん検診精密検査に携わる医師名</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">医 師 名</th> <th style="width:20%;">精中委認定の有無</th> <th style="width:40%;">その他認定医・専門医の資格</th> <th style="width:20%;">講習会等の参加有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. 乳がん検診精密検査に携わる技師名</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">技 師 名</th> <th style="width:20%;">精中委認定の有無</th> <th style="width:40%;">その他の資格</th> <th style="width:20%;">講習会等の参加有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> </tbody> </table> <p>*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である</p> <p>3. 機器保有状況及び検査件数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;"></th> <th style="width:30%;">機器保有状況</th> <th style="width:10%;">前年度検査件数</th> <th style="width:30%;">年間検査可能件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>乳腺用X線撮影装置</td> <td style="text-align: center;">有 (台) ・ 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>乳腺用超音波検査装置</td> <td style="text-align: center;">有 (台) ・ 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>細部診実施体制</td> <td>自施設で実施</td> <td>外部委託機関で実施</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>生検実施体制</td> <td>自施設で実施</td> <td>外部委託機関で実施</td> <td>無</td> </tr> </tbody> </table> <p>4. 乳がん発見例数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;"></th> <th style="width:30%;">前年度発見例数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>早期がん</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td>進行がん</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td>深達度不明</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> </tbody> </table> | 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 | | | 医 師 名 | 精中委認定の有無 | その他認定医・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 | | 有 ・ 無 | 技 師 名 | 精中委認定の有無 | その他の資格 | 講習会等の参加有無 | | 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | | 機器保有状況 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | 乳腺用X線撮影装置 | 有 (台) ・ 無 | 件 | 件 | 乳腺用超音波検査装置 | 有 (台) ・ 無 | 件 | 件 | 細部診実施体制 | 自施設で実施 | 外部委託機関で実施 | 無 | 生検実施体制 | 自施設で実施 | 外部委託機関で実施 | 無 | | 前年度発見例数 | 早期がん | 例 | 進行がん | 例 | 深達度不明 | 例 |
| 変更箇所 | 変更前 | 変更後 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務担当 | 部署・氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FAX 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | メールアドレス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医 師 名 | 精中委認定の有無 | その他認定医・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 | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 技 師 名 | 精中委認定の有無 | その他の資格 | 講習会等の参加有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 機器保有状況 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 乳腺用X線撮影装置 | 有 (台) ・ 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 乳腺用超音波検査装置 | 有 (台) ・ 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細部診実施体制 | 自施設で実施 | 外部委託機関で実施 | 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生検実施体制 | 自施設で実施 | 外部委託機関で実施 | 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 前年度発見例数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 早期がん | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 進行がん | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 深達度不明 | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

香川県大腸がん検診精密検査協力医療機関変更届出書

| 新 | 旧 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|-----------|----------|--|--|--|------|-------|--|------|--|--------|--|---------|--|--|-------------|------|--|-----|--|-------------|--|------------|--|--|------|--|--|----|--|--|------|--|--|--------|--|--|-------|------------|-----------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--------|---------|----------|----------|-------|---|---|-----------------------------------|------------------|---|---|-------------------------|--------|------------------------|---|---|--|---------|------|---|------|---|-------|---|
| <p>(様式第6号)</p> <p style="text-align: center;">香川県がん検診精密検査協力医療機関変更届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>香川県がん検診精密検査協力医療機関名簿作成要領に基づき、届出書の内容に変更を生じたため、下記のとおり届出します。</p> <p>1 届出内容</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">変更箇所</th> <th style="width:35%;">変更前</th> <th style="width:50%;">変更後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width:10%; text-align: center;">事務担当</td> <td style="width:20%;">部署・氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FAX 番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>メールアドレス</td> <td></td> </tr> </table> <p>2 変更年月日</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> | 変更箇所 | 変更前 | 変更後 | | | | 事務担当 | 部署・氏名 | | 電話番号 | | FAX 番号 | | メールアドレス | | <p>(様式第10号)</p> <p style="text-align: center;">香川県大腸がん検診精密検査協力医療機関変更届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県がん対策推進協議会長 殿</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>次の事項に変更がありますので届出します。 ※変更事項のみご記入ください。(実績件数・実績例の変更は不要)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width:10%;">精密検査 責任者</td> <td style="width:20%;">診療科名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医師名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E-mail アドレス</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">精密検査担当診療科名</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">郵便番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">FAX 番号</td> <td></td> </tr> </table> <p>1. 大腸がん精密検査に携わる医師名</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">医 師 名</th> <th style="width:30%;">認定医・専門医の資格</th> <th style="width:40%;">講習会等の参加有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> </tbody> </table> <p>*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である</p> <p>2. 機器保有状況及び検査件数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;"></th> <th style="width:30%;">機器保有状況</th> <th style="width:10%;">前年度検査件数</th> <th style="width:30%;">年間検査可能件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>全大腸内視鏡検査</td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">S 状結腸内視鏡検査 + 注腸 X 線検査 (X 線透視台)</td> <td>S 状結腸内視鏡検査 有 ・ 無</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">件</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>注腸 X 線検査 (X 線透視台) 有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>生検実施体制</td> <td>自施設で実施 : 外部委託機関で実施 : 無</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. 大腸がん発見例数</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:40%;">前年度発見例数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>早期がん</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td>進行がん</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td>深達度不明</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> </tbody> </table> | 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 | | | 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 | | 機器保有状況 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | 全大腸内視鏡検査 | 有 ・ 無 | 件 | 件 | S 状結腸内視鏡検査 + 注腸 X 線検査 (X 線透視台) | S 状結腸内視鏡検査 有 ・ 無 | 件 | 件 | 注腸 X 線検査 (X 線透視台) 有 ・ 無 | 生検実施体制 | 自施設で実施 : 外部委託機関で実施 : 無 | 件 | 件 | | 前年度発見例数 | 早期がん | 例 | 進行がん | 例 | 深達度不明 | 例 |
| 変更箇所 | 変更前 | 変更後 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務担当 | 部署・氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FAX 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | メールアドレス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 機器保有状況 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 全大腸内視鏡検査 | 有 ・ 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S 状結腸内視鏡検査 + 注腸 X 線検査 (X 線透視台) | S 状結腸内視鏡検査 有 ・ 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 注腸 X 線検査 (X 線透視台) 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生検実施体制 | 自施設で実施 : 外部委託機関で実施 : 無 | 件 | 件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 前年度発見例数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 早期がん | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 進行がん | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 深達度不明 | 例 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

香川県がん検診精密検査協力医療機関辞退届出書

| 新 | 旧 |
|---|---|
| <p>(様式第7号)</p> <p>香川県がん検診精密検査協力医療機関辞退届出書</p> <p>年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p>医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>がん検診精密検査協力医療機関を下記の理由により辞退したいので提出します。</p> <p>記</p> <p>1 () がん精密検査協力医療機関</p> <p>2 辞退する理由 ()</p> | <p>(様式第11号)</p> <p>香川県がん検診精密検査協力医療機関辞退届書</p> <p>年 月 日</p> <p>香川県がん対策推進協議会長 殿</p> <p>医療機関名： 代表者職氏名：</p> <p>がん検診精密検査協力医療機関を下記の理由により辞退したいので提出します。</p> <p>記</p> <p>1 () がん精密検査協力医療機関</p> <p>2 辞退する理由 ()</p> |