

(様式第 5 号)

乳がん検診精密検査医療機関登録申請書 (新規 ・ 更新)

令和 年 月 日

三重県知事 様

住 所 〒 ー
開設者
(法人名)
代表者名

三重県がん検診精密検査医療機関登録制度実施要領に基づく乳がん精密検査医療機関の登録要件をすべて満たしていますので、下記により申請いたします。

登録医療機関	名 称			
	住 所	〒 ー		
	電話番号			
精密検査 責任者	診療科			
	ふりがな			
	医師名			
事務担当	部署・氏名		電話番号	
	メールアドレス		FAX 番号	

1. 精密検査について

- ① マンモグラフィ及び超音波検査が実施できる。(可 ・ 否)
- ② 穿刺吸引細胞診または針生検が実施できる。(病理診断は外部委託による場合を含む)。(可 ・ 否)

2. 装置について

<乳腺超音波検査>

- ① プローブは次のいずれかを満たすものを使用している。(適 ・ 否)
電子リニアスキャナー (10MHz 以上)、メカニカルセクタースキャナー (10MHz 以上)

<乳房 X 線検査>

- ② 日本医学放射線学会が定める装置を使用している。(適 ・ 否)
- ③ マンモグラフィ撮影技術および精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会を修了した診療放射線技師が撮影している。またはその監督下で撮影している。(適 ・ 否)

3. 担当医師について

- ① マンモグラフィ検診精度管理中央委員会の認定試験でBランク以上の読影医師による診断体制が取れている。(可 ・ 否)

4. その他

- ① がん登録に協力できる。(可 ・ 否)
- ② 検診実施機関へ精密検査結果の報告ができる。(可 ・ 否)