

乳がん精密検診機関届

令和 年 月 日

岡山県生活習慣病検診等管理指導協議会乳がん部会長 殿

名 称
 代表者氏名
 所在地
 電話番号
 印

市町村が住民に対して実施する乳がん検診の精密検診機関として、次のとおり届け出ます。

記

1 乳がん診断担当医師			
氏 名	勤務形態	日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する読影講習会の修了判定	日本乳癌学会の認定医 又は専門医資格
	常勤・非常勤	A ・ B ・ その他	認定医 ・ 専門医 認定医・専門医番号 ()
	常勤・非常勤	A ・ B ・ その他	認定医 ・ 専門医 認定医・専門医番号 ()
	常勤・非常勤	A ・ B ・ その他	認定医 ・ 専門医 認定医・専門医番号 ()
	常勤・非常勤	A ・ B ・ その他	認定医 ・ 専門医 認定医・専門医番号 ()

項 目	基 準	内容等
2 乳房X線撮影装置について	機種名及び型式	
	メーカー名	
	線 量	mG y 以下
	購入年月日	
	日本医学放射線学会の定める仕様基準	満たしている ・ いない

項 目	基 準	氏名・内容等
3 診療放射線技師、施設画像評価について	①精中機構の行う乳房X線撮影に関する撮影技術講習会の認定する診療放射線技師及び修了判定	(常勤) 氏 名 講習会修了判定 A ・ B
		(常勤) 氏 名 講習会修了判定 A ・ B
		(常勤) 氏 名 講習会修了判定 A ・ B
	②精中機構施設・画像評価委員会の評価基準に合格しているか	している ・ していない
4 乳腺用超音波探触子および乳腺用超音波診断装置について	機種名及び型式	
	メーカー名	
	プローブ	MH z
	購入年月日	
5 細胞診・生検の病理診断について	①細胞診・生検の病理診断医	氏 名 <input type="checkbox"/> 学会認定の病理診断医である
	②病理診断医との契約の有無	有 ・ 無 契約先名 担当医氏名

(注1) 1、3の①については氏名を記入のうえ、A又はBに○印をすること及び講習会の修了判定が確認できる書類の写しを添付すること。

(注2) 1については認定医(専門医)であることを証する書類の写しを添付すること。
また、非常勤の場合は、施設に勤務していることを施設長名で証する書類を添付すること。(任意様式)

(注3) 3の②については合格を示す書類の写しを添付すること。

(注4) 5の①については学会認定の病理診断医であることを証する書類の写しを添付すること。②については契約書の写しを添付すること。