

乳がん精密検診機関届 **新基準**

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

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 | 精中機構が開催する講習会の 修了判定 | | 日本乳癌学会の 乳腺認定医又は 乳腺専門医資格 |
| | | マンモグラフィ 読影 | 超音波検査 実施・判定 | |
| | 常勤 非常勤 | <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> その他 | 認定医：番号（ ） 専門医：番号（ ） |
| | 常勤 非常勤 | <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> その他 | 認定医：番号（ ） 専門医：番号（ ） |
| | 常勤 非常勤 | <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> その他 | 認定医：番号（ ） 専門医：番号（ ） |
| | 常勤 非常勤 | <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> その他 | 認定医：番号（ ） 専門医：番号（ ） |
| 2 診療及び指導体制（乳腺認定医のみ常勤の場合） | | | | |
| 乳腺専門医による定期的な診療及び指導体制について | | | <input type="checkbox"/> 有 専門医名（ ） | <input type="checkbox"/> 無 |

| 項 目 | 基 準 | 内容等 |
|----------------|-------------------|--|
| 3 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 | mGy 以下 |
| | 購入年月日 | |
| | 日本医学放射線学会の定める仕様基準 | <input type="checkbox"/> 満たしている ・ <input type="checkbox"/> 満たしていない |

| 項 目 | 基 準 | 氏名・内容等 |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 4 撮影技術講習会の受講、施設画像評価について | ①精中機構が開催する乳房X線撮影に関する撮影技術講習会の修了判定について | <input type="checkbox"/> 診療放射線技師（常勤）・ <input type="checkbox"/> 医師（常勤） 氏 名 講習会修了判定 <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B |
| | | <input type="checkbox"/> 診療放射線技師（常勤）・ <input type="checkbox"/> 医師（常勤） 氏 名 講習会修了判定 <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B |
| | | <input type="checkbox"/> 診療放射線技師（常勤）・ <input type="checkbox"/> 医師（常勤） 氏 名 講習会修了判定 <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない |
| 5 乳腺精密検査用超音波診断装置及び乳腺精密検査用超音波探触子について | 乳腺精密検査用超音波診断装置 | |
| | 機種名及び型式 | |
| | メーカー名 | |
| | 購入年月日 | |
| | 乳腺精密検査用超音波探触子 | |
| | 型式 | |
| | 周波数帯域 | ～ MH z |
| 6 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 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 契約先名 担当医氏名 |

(注1) 1、4の①については、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については乳腺認定医（乳腺専門医）であることを証する書類の写しを添付すること。

(注3) 2については乳腺専門医の定期的な診療及び指導体制を有していることを、施設長及び専門医名で証する書類を添付すること。（任意様式）

(注4) 4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5) 6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。

(注6) には、該当するものに「✓」を入れること。