

乳がん検診精密検査医療機関登録申請書

年 月 日

栃木県知事 様

医療機関名 _____
 代表者名 _____
 住 所 _____
 電話番号 _____
 (担当者名 _____)

乳がん検診精密検査医療機関の登録について、下記により申請します。

記

1 乳がん精密検査を担当する医師

医師名	常勤・非常勤別	専門科	乳がんに関する専門の状況
【記載例】 〇〇 〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 常 ・ 非	乳腺外科 一般外科	・ 日本乳癌学会 (専門医) ・ 精度管理中央機構 (読影医 A 判定)
	常 ・ 非		

* 「乳がんに関する専門の状況」は、日本乳癌学会の専門医及び日本乳がん検診精度管理中央機構 (精中機構) によるマンモグラフィ読影認定医 (評価AまたはB) を具体的に記載してください。

2 乳房エックス線検査

(1) 乳房専用のエックス線撮影装置

ア 有 (機種: _____ 会社名: _____ 購入年月: _____)
 イ 無

(2) マンモグラフィを撮影する放射線技師

常 勤 人 (うち精中機構 A・B 認定有の者: _____ 人)
 非常勤 人 (うち精中機構 A・B 認定有の者: _____ 人)

(3) 日本乳がん検診精度管理中央機構の施設画像評価

合格年月: _____ 年 _____ 月
 (合格していない場合の申請 (予定) 年月: _____ 年 _____ 月)

3 乳腺超音波検査

(1) 乳腺超音波検査装置

ア 有 (機種: _____ 会社名: _____ 購入年月: _____)
 プローブ ・ 電子リニアスキャナー (_____ MHz)
 ・ メカニカルセクタスキャナー (_____ MHz)
 → アニュラアレイ (_____ MHz)
 イ 無

(2) 乳腺超音波検査を行う放射線技師・臨床検査技師

常 勤 人 (うち日本超音波医学会の認定検査士 (体表領域): _____ 人)
 非常勤 人 (うち日本超音波医学会の認定検査士 (体表領域): _____ 人)

4 その他乳がん診断に使用している機器

ア _____ (機種: _____ 会社名: _____)
 イ _____ (機種: _____ 会社名: _____)

