

## 鳥取県肺がん検診精密検査医療機関登録届出書

医療機関名	
(診療科名)	
(ふりがな) 担当医師氏名	
所在地	(〒 - )

・検査実施状況	該当するものに○をしてください。	年間例数
(1) 胸部X線撮影、CT撮影	可 ・ 否	例
(2) 気管支ファイバースコープ検査 ※1	可 ・ 否	例
(3) 気管支ファイバー下病理検査	可 ・ 否	例
(4) 経皮肺生検 ※2	可 ・ 否	例

※1 気管支ファイバースコープ検査は他施設に委託することも可能です。

この場合は、可否を「可」としていただき、年間例数に「委託」と記載してください。

※2 経皮肺生検は必須条件ではありませんが、実施可能な医療機関は記載してください。

・肺がん検診読影委員会主催症例検討会及び肺がん検診従事者講習会等出席状況

◎過去3年間の状況を記入してください

講習会等の区分	出席年・出席回数			点数
	年度	年度	年度	
肺がん検診従事者講習会(年1回) (全県10点)	回	回	回	
東部地区肺がん医療機関検診従事者講習会(年1回) (東部2点)	回	回	回	
東部胸部疾患研究会(年5回) (東部2点)	回	回	回	
胸部疾患研究会・肺がん検診症例検討会(年12回) (中部2点)	回	回	回	
西部地区肺がん検診胸部X線勉強会(年4回) (西部2点)	回	回	回	
日本肺がん学会総会(全国学会・地方会) (5点)	回	回	回	
肺がん検診セミナー(全国学会・地方会) (5点)	回	回	回	
日本肺がん学会中四国地方会(全国学会・地方会) (3点)	回	回	回	
合計点数				

当医療機関は、鳥取県肺がん検診精密検査医療機関登録実施要綱に基づく登録必要条件を満たしていますので、届け出いたします。

平成 年 月 日

施設長氏名 \_\_\_\_\_ 印

鳥取県健康対策協議会長 様

注) 担当医が複数の場合は、医師ごとに担当医氏名と講習会出席状況を記入した本様式を添付してください。