

鳥取県乳がん検診精密検査医療機関登録（更新）届出書

医療機関名（診療科）

担当医師氏名（総括の責任者に○をつける）

所在地（〒 - ）

TEL（ ） -

1. 乳房用エックス線装置

メーカー _____ 機種型式 _____
 購入年度 _____ 年度 _____
 高圧発生装置 A) インバータ B) 単相・三相
 焦点 ≤ 0.3 mm 0.3 < ≤ 0.5 mm 0.5 mm <
 フィルター M0/Rh M0・Rh/MORh MO/AI
 ブッキー装置 有・無
 測定管電圧 有・無
 A) 測定管電圧 B) 実効エネルギー C) 被爆線量

2. 自動現像機

メーカー _____ 機種型式 _____
 購入年度 _____ 年度 _____
 現像液 _____ 定着液 _____
 現像時間 _____ 秒 _____ 現像液 _____ °C

3. マンモグラフィ専用観察装置（シャーカステン）

有・無 照度（ルクス）

4. 乳房専用超音波検査装置

メーカー _____ 機種型式 _____
 プローブ周波数① ② ③ MHz 購入年度 _____ 年度 _____

※1, 2については、更新の場合は購入年度のみ記入することとし、新規届出の場合は、明細を記入してください。

5. 乳がん検診従事者講習会及び鳥取県検診発見乳がん症例検討会等出席状況

※過去3年間の出席状況及び取得点数を記入してください。

会 の 名 称	点 数 × 回 数			合 計 数 占 数
	年度	年度	年度	
乳がん検診従事者講習会及び鳥取県 検診発見乳がん症例検討会（5点）				
日本乳癌学会（5点）				
日本乳癌検診学会（5点）				
各地区症例検討会（3点）				
日本乳癌学会中国・四国地方会（3点）				
鳥取県乳腺疾患研究会（3点）				
その他乳癌関連学会、研究会（3点）				
[_____]				
合 計 点 数				

6. 論文を作成または発表された先生（共同研究を含む）は、標題、誌名、巻、号、頁、年次、筆頭著者名を記入してください。（別冊または別冊写しでも可）

標題「 _____ 」
 誌名「 _____ 」
 _____ 巻 号 頁 年
 著 者
 共同研究者

当医療機関は、鳥取県乳がん検診精密検査医療機関登録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会長 様

※担当医師が複数の場合は、医師ごとに担当医師氏名と3を記入し、本様式を添付してください。