

鳥取県乳がん検診精密検査医療機関登録届出書

医療機関名 _____
 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	≤0.3mm	0.3<	≤0.5mm 0.5mm<
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) 被曝線量	

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

◎ _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月の実績を記入してください。

会の名称	出席年・出席回数			点数
	~	~	~	
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)	回	回	回	点
日本乳癌学会 (5点) ※	回	回	回	点
日本乳癌検診学会 (5点) ※	回	回	回	点
各地区症例検討会 (3点)	回	回	回	点
日本乳癌学会中国四国地方会 (3点) ※	回	回	回	点
鳥取県乳腺疾患研究会 (3点)	回	回	回	点
その他乳癌関連学会、研究会 (3点) ※	回	回	回	点
[]	回	回	回	点
[]	回	回	回	点
合計点数				点

(※については、受講票又は参加証の写しを添付すること。)

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。

令和 _____ 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。