

鳥取県肺がん医療機関検診実施届出書

医療機関名

(診療科)

(ふりがな)

担当医師氏名

所在地(〒 -)

TEL () -

◎胸部エックス線撮影装置

機種名 _____ メーカー _____

被検者との管球距離 _____ m

撮影装置定格出力 _____ kV

◎撮影電圧設定値 _____ kV

(フィルム・スクリーンシステムの場合)

◎フィルムタイプ 規格名 _____ メーカー _____

◎増感紙 規格名 _____ メーカー _____

(デジタルシステムの場合)

◎画像処理装置 規格名 _____ メーカー _____

◎胸部エックス線読影：

胸部エックス線フィルム又は画像データを読影会にすべて持参する。

◎喀痰検査：喀痰検査はすべて(財)鳥取県保健事業団に委託する。

* 記載いただいた機種については、管轄保健所に届出られている機種と照合いたしますので、このたび届出される装置と保健所に届けてある装置が異なる場合は、すみやかに更新手続きを行ってください。

当施設は、上記条件を含む、鳥取県肺がん医療機関検診実施要領に基づき、肺がん検診を実施できますので、届け出いたします。

その他参考項目

◎現像 機種名 _____ メーカー _____

◎プリンター 機種名 _____ メーカー _____

◎胸部単純エックス線撮影の1か月の平均撮影枚数 _____ 枚

令和 年 月 日

施設長氏名 _____ 印

鳥取県健康対策協議会長殿