

(様式第 5 号)

乳がん検診精密検査医療機関登録申請書 (新規 ・ 更新)

令和 年 月 日

三重県知事 様

住 所 〒 ー
開設者
(法人名)
代表者名

三重県がん検診精密検査医療機関登録制度実施要領に基づく乳がん精密検査医療機関の登録要件をすべて満たしていますので、下記により申請いたします。

登録医療機関	名 称			
	住 所	〒 ー		
	電話番号			
精密検査 責任者	診 療 科			
	ふりがな			
	医 師 名			
事務担当	部署・氏名		電話番号	
	メールアドレス		FAX 番号	

1 精密検査について

- ① マンモグラフィ及び超音波検査が実施できる。(可 ・ 否)
- ② 穿刺吸引細胞診または針生検が実施できる。(病理診断は外部委託による場合を含む。)
(可 ・ 否)

2 装置について

<乳腺超音波検査>

- ① 乳房精密検査用超音波装置として推奨される超音波診断装置および乳房用の適切な探触子 (電子リニアスキャナー: 10MHz 以上またはメカニカルセクタースキャナー: 10MHz 以上) を使用している。(適 ・ 否)

<乳房 X 線検査>

- ② 日本医学放射線学会が定める装置を使用している。(適 ・ 否)
- ③ 乳房 X 線撮影、読影および精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会を修了した診療放射線技師が撮影している。またはその監督下で撮影している。(適 ・ 否)

3 担当医師について

- ① 日本乳がん検診精度管理中央機構 (旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会) の認定試験で B 評価以上の読影医師による診断体制が取れている。(可 ・ 否)

4 その他

- ① がん登録に協力できる。(可 ・ 否)
- ② 検診実施機関または市町へ精密検査結果の報告ができる。(可 ・ 否)