

番 号
年 月 日

茨城県知事 殿

医療機関所在地
医療機関名
代表者名
TEL
メールアドレス

肺がん検診登録精密検査医療機関登録申請書

肺がん検診登録精密検査医療機関の登録について、下記のとおり申請します。

記

1. 肺がん診断機器整備状況

(1) CT^(※) 【有・無】

メーカー名：
機種名：
購入年月日： 年 月 日
(※) 原則として、多列検出器を備えシンスライスでスキャンが可能な装置を備えること。

(2) 気管支鏡 【有・無】

白色光気管支鏡	*特殊光気管支鏡
メーカー名：	メーカー名：
機種名：	機種名：
購入年月日： 年 月 日	購入年月日： 年 月 日

検査体制：常時可能, 週 回, 月 回

*特殊光気管支鏡とは、蛍光気管支鏡やNBI気管支鏡等を指す

2. 病理組織診断実施体制

(1) 自院において実施する

- ア 病理医は常勤 (名)
- イ 病理医は非常勤 (名, 週 回勤務)

(2) 外注する

外注先名称 ()

3. 精密検査を担当する医師

(肺がんの確定診断が可能な呼吸器内科, 呼吸器外科, 放射線科のいずれかの専門医あるいは指導医が常勤でいること。)

医師氏名	確定診断が可能な常勤医の診療科目	専門医・指導医の資格	備考

4. 登録要件の遵守について

- (1) 県が精度管理のために行う精密検査結果の追跡調査に協力いたします。
- (2) がんと診断された患者を対象に, 市町村及び集団検診機関が収集する「手術・治療レポート」等の提出に協力いたします。
- (3) 部会が指定する「茨城県肺がん検診従事者講習会」, 「肺がん検診研究会委員会」及び「茨城肺癌研究会」に参加いたします。

【本申請書に関する照会先】

部署名 :

担当者名 :

番 号
年 月 日

茨城県知事 殿

医療機関所在地
医療機関名
代表者名
TEL
メールアドレス

肺がん検診登録精密検査医療機関（連携型）登録申請書

肺がん検診登録精密検査医療機関（連携型）の登録について、下記のとおり申請します。

記

1. 肺がん診断機器整備状況

(1) CT^(※) 【有・無】

メーカー名：
機種名：
購入年月日： 年 月 日
(※) 原則として、多列検出器を備えシンスライスでスキャンが可能な装置を備えること。

(2) 気管支鏡 【有・無】

白色光気管支鏡	*特殊光気管支鏡
メーカー名：	メーカー名：
機種名：	機種名：
購入年月日： 年 月 日	購入年月日： 年 月 日

検査体制：常時可能, 週 回, 月 回

*特殊光気管支鏡とは、蛍光気管支鏡やNBI気管支鏡等を指す

2. 病理組織診断実施体制

(1) 自院において実施する

ア 病理医は常勤 (名)

イ 病理医は非常勤 (名, 週 回勤務)

(2) 外注する

外注先名称 ()

3. 精密検査を担当する医師

(肺がんの確定診断が可能な呼吸器内科，呼吸器外科，放射線科のいずれかの専門医あるいは指導医が常勤又は非常勤でいること。)

医師氏名	確定診断が可能な医師の診療科目	常勤・非常勤の別	専門医・指導医の資格	備考
		常勤・非常勤		
		常勤・非常勤		
		常勤・非常勤		
		常勤・非常勤		
		常勤・非常勤		

※ 非常勤の場合には，勤務の状況を備考覧に記載すること。

4. 肺がん検診登録精密検査機関との連携状況

連携先医療機関名

()

※連携をとっている主な医療機関名を記入すること

5. 登録要件の遵守について

- (1) 県が精度管理のために行う精密検査結果の追跡調査に協力いたします。
- (2) がんと診断された患者を対象に，市町村及び集団検診機関が収集する「手術・治療レポート」等の提出に協力いたします。
- (3) 部会が指定する「茨城県肺がん検診従事者講習会」，「肺がん検診研究会委員会」及び「茨城肺癌研究会」に参加いたします。

【本申請書に関する照会先】

部署名：

担当者名：