令和２年度 柏市保健事業（がん検診等）医療機関登録票

B票

登録項目に○、該当する選択枝に✔、及び記載をお願いします。 **胃がん検診（一次）内視鏡はC票です。**

		検診の種類	登録	備　　考
乳がん	一次	マンモグラフィ検査　※1		※１　別途届け出が必要
	精密	乳房エックス線検査		※２　精密（２次医療機関）乳腺超音波検診用機器の仕様について（７．５ＭＨｚ以上の表在臓器用探触子が必要） 機種：（　　） 探触子の周波数：＿＿＿＿ＭＨｚ
		乳房超音波検査　※2		
		穿刺吸引細胞診検査		
		針生検		
		組織診		
子宮頸がん　※3	一次	備考欄参照		一次検診の内容 ①問診、②視診及び内診、③頸部細胞診、④コルポスコピー（必要者のみ）、⑤結果通知・保健指導
	精密	コルポスコピー		
		子宮頸部細胞診検査		
		子宮体部内膜細胞診検査		
		子宮頸部組織検査		
		子宮体部内膜組織検査		※３　産婦人科医会の推薦を受けた医療機関でないと登録出来ません
		ＨＰＶ検査		
胃がん	一次	X線　※4		※４　問診及び聴打診、胃部Ｘ線直接撮影（造影剤使用消化管写真診断）結果通知及び保健指導
		内視鏡　**登録する場合はC票も提出下さい。**		
	精密	上部消化管内視鏡検査		Ｘ線検査に関して十分な経験を有する２名以上の医師で読影ができますか。✔ をつけて下さい。 □自院内で　□他院依頼 年間受入可能人数＿＿＿＿人
		直接胃部エックス線検査		
		生検		
		組織診断		
大腸がん	一次	免疫便潜血反応検査（2回法）※		※５　便潜血検査（２回法）実施体制が院内もしくは委託にて常備整備。委託の場合は、下記に委託検査機関名を記載。 検査機関＿＿＿＿＿＿
	精密	全大腸内視鏡検査		
		S 状結腸内視鏡検査		
		注腸エックス線検査		
		生検		
		大腸CT検査		
結核	精密	胸部X線直接撮影（大角）		【記入要領】 （１）年間を通して実施できる項目に○印を記入して下さい。 （２）胃がん一次について実施する場合は、それぞれ回答する質問に✔を記載して下さい。
		抗酸菌塗抹（蛍光法）・抗酸菌培養検査		
肺がん	精密	胸部X線直接撮影（正面撮影・側面撮影・断層撮影）		
		胸部CT検査（HR－CT含む）		
		気管支鏡検査（気管支鏡下細胞診、気管支鏡下生検含む）		

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ご担当＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この登録票は１月１０日(金)までにご回答願います。ファックス送信先７１４７－１７１１

登録しない場合、返送不要ですが、令和元度実施していて今回登録しない場合は、事務所までお知らせください。