

令和3年度 柏市保健事業（がん検診等）医療機関登録票

登録項目に○、該当する選択枝に✓、及び記載をお願いします。

		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  ※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
	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		
		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  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。  <input type="checkbox"/> 自院内で <input type="checkbox"/> 他院依頼  年間受入可能人数 _____ 人
		内視鏡 登録する場合は別途届出書類有。		
	精密	上部消化管内視鏡検査		
		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		※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 <small>（正面撮影・側面 撮影・断層撮影）</small>		
		胸部CT検査（HR-CT含む）		
		気管支鏡検査 <small>（気管支鏡下細胞診、気管支鏡下生検含む）</small>		

医療機関名

ご担当

この登録票は1月15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2年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。