

令和7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。

	検診の種類	登録	備考
乳がん	一次	マンモグラフィ検査	別途、定点医療機関の届けが必要
	精密	マンモグラフィ検査	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（要記載） （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 <small>仕様を備考欄へ要記載</small>	
		穿刺吸引細胞診検査	
		針生検	
		組織診	
子宮頸がん ※	一次	頸部細胞診・必要者はコルポスコピー	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	※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
		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線直接撮影 <small>読影に関し備考欄へ要記載</small>	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名以上の医師による読影体制 該当に <input checked="" type="checkbox"/> <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 別途、C票の届出必要	
	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 <small>備考欄へ要記載</small>	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。 <input type="checkbox"/> 自院内検査 <input type="checkbox"/> 外部委託 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】 年間を通して実施できる項目に○印を記入して下さい。
		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6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。