

胃がん集団検診読影（医師・機関）登録実施要領

各様式

胃がん集団検診読影（医師・機関）登録実施要領

（目的）

第1 この要領は、胃がん集団検診の読影を実施する医療機関の登録の要件を定め、もって検診の精度管理を図るとともに集団検診の円滑な推進に寄与することを目的とする。

（登録の手続）

- 第2 登録を受けようとする医療機関は、「胃がん集団検診読影（医師・機関）登録申請書」（様式第1号 以下「申請書」という。）を郡市医師会を經由して財団法人福井県健康管理協会（以下「協会」という。）に提出しなければならない。
- 2 協会は、申請書を受理したときは、速やかに審査をし、登録の適否を決定し、社団法人福井県医師会長（以下「会長」という。）に読影医療機関名簿を提出しなければならない。
 - 3 新たに登録を受けようとする医療機関（医師）は、協会の胃X線読影実習を受講するか、福井県がん検診精度管理委員会が承認する読影実習を受講し、規定の読影実習課程を修了しなければならない。
 - 4 登録の有効期間は、原則として2年間とする。但し、年度途中の登録の場合は、登録を決定した日の属する年度の翌年度末までとする。なお、第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

（読影中止の届出）

第3 読影登録医療機関は、読影参加医師の転出や登録機関として読影が困難になった場合は、「胃がん集団検診読影（医師・機関）中止届出書」（様式第2号）を速やかに協会に届け出なければならない。

（登録の抹消）

- 第4 協会は、登録医療機関が第3に掲げる事項のいずれかを欠くに至ったと認めるとき、または中止（医師・機関）届出書の提出があったときには、その登録を取り消すものとする。
- 2 協会は、前項の規定により登録を取り消したときには、会長に新規読影機関名簿を提出しなければならない。

（責務）

- 第5 登録医療機関は、読影期間を厳守し、迅速な検診結果報告に努めること。
- 2 福井県がん検診精度管理委員会が承認した研修会（対象となる研修会は以下のとおり）のいずれかに年1回出席すること。
 - ①福井県胃腸疾患懇話会合同症例研究会（年3回）
 - ②嶺南地区症例研究会（年2回）
 - ③福井県胃・大腸検診研修会（年1回）
 - ④その他、福井県がん検診精度管理委員会が承認する研修会（不定期）

(様式第1号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

胃がん集団検診読影（医師・機関）登録申請書

胃がん集団検診の目的を理解し、胃がん集団検診読影（医師・機関）登録実施要領第5に掲げる事項を遵守しますので、胃がん集団検診読影（医師・機関）として登録して下さるよう申請します。

読影医師名	所属読影機関名

※新規の読影実習を修了していること。

郡市医師会承認印

(様式第2号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

肺がん集団検診読影業務中止届出書

平成 年 月 日をもって、肺がん集団検診読影業務を中止いたしますので
お届けします。

登録医師名

胃がん個別検診機関登録実施要領

各様式

胃がん個別検診機関登録実施要領

(目的)

第1 この要領は、胃がん個別検診を実施する医療機関の登録の要件を定め、もって検診の精度管理を図るとともに個別検診の円滑な推進に寄与することを目的とする。

(登録の手続)

- 第2 登録を受けようとする医療機関は、「胃がん個別検診機関登録申請書」(様式第1号 以下「申請書」という。)を郡市医師会を經由して社団法人福井県医師会会長(以下「会長」という。)に提出しなければならない。
- 2 会長は、申請書を受理したときは、速やかに専門部会にて審査をし、登録の適否を決定し、その結果を当該医療機関、財団法人福井県健康管理協会(以下「協会」という。)に「胃がん個別検診機関登録通知書」(様式第2号・様式第3号)により通知しなければならない。
 - 3 登録の有効期間は、原則として2年間とする。但し、年度途中の登録の場合は、登録を決定した日の属する年度の翌年度末までとする。なお、第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

(登録要件)

- 第3 登録を受けようとする医療機関は、次の各号に掲げる要件を満たすものであり、福井県がん検診精度管理委員会の審査を受けなければならない。なお、確認の為に現場での審査指導を行うこともある。
- 一 スポット撮影が可能なエックス線装置を有していること。
 - 二 胃部エックス線写真の読影にあたり、十分な経験を有する医師が2名以上いること。但し、読影できる医師が1名であっても、他の登録医療機関等との連携により二重読影が可能なきは、この限りでない。
 - 三 胃がん集団検診読影医療機関として登録し、読影業務に従事していること。

(変更の届出)

- 第4 登録医療機関は、申請書の記載事項に変更があったときには、速やかに「胃がん個別検診機関登録事項変更届出書」(様式第4号 以下「変更届出書」という。)により速やかに会長に届け出なければならない。
- 2 会長は、変更届出書を受理したときには、「胃がん個別検診機関登録事項変更通知書」(様式第5号)により速やかに協会に通知しなければならない。

(検診業務中止の届出)

- 第5 登録医療機関は、検診業務を中止しようとするときには、「胃がん個別検診業務中止届出書」(様式第6号 以下「中止届出書」という。)により速やかに会長に届け出なければならない。

(登録の抹消)

- 第6 会長は、登録医療機関が第3に掲げる事項のいずれかを欠くに至ったと認めるとき、または中止届出書の提出があったときには、その登録を取消すものとする。
- 2 会長は、前項の規定により登録を取消したときには、その旨を「胃がん個別検診機関登録取消し通知書」(様式第7号、様式第8号)により、当該医療機関お

よび協会に通知しなければならない。

(責務)

- 第7 登録医療機関は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。
- 一 実施要領に基づき、迅速かつ正確に実施すること。
 - 二 検査所見、撮影フィルム及び各種標本等（以下「標本等」という。）は、検診後5年以上保存すること。
 - 三 福井県がん検診精度管理委員会が必要と認めた場合は、関係者への標本等の検索、閲覧及び貸与等に応じること。
 - 四 福井県がん検診精度管理委員会が承認した研修会（対象となる研修会は以下のとおり）のいずれかに年1回出席すること。
 - ①福井県胃腸疾患懇話会合同症例研究会（年3回）
 - ②嶺南地区症例研究会（年2回）
 - ③福井県胃・大腸検診研修会（年1回）
 - ④その他、福井県がん検診精度管理委員会が承認する研修会（不定期）

(様式第1号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

胃がん個別検診機関登録申請書

胃がん個別検診の目的を理解し、胃がん個別検診機関登録実施要領第7に掲げる事項を遵守しますので、個別検診機関として登録して下さるよう申請します。

なお、同要領第3に掲げる設備及び二重読影担当者は別記調書のとおりであります。

郡市医師会承認印

19. 体位変換：各撮影体位毎に標的部位に造影剤を付着させた上で撮影しているか
① はい ② いいえ

20. 前壁撮影：腹臥位頭低位前壁撮影での圧迫フトンを使用しているか
① はい ② いいえ

21. 撮影責任者

氏名		職種	
----	--	----	--

22. 検診（読影）担当医師名

氏名	主な診療科目	備考

23. 二重読影医療機関（読影できる医師が1名しかいないときに記入）

医療機関（郡市医師会）名	
読影担当医師名	

24. 検診の予約 **要** **不要**
※要予約の場合は連絡先及び担当者名を記入
（検診予約電話番号： _____ 担当者名： _____ ）

25. 検診実施可能人員数および曜日

週 _____ 人（1日 _____ 人）（ _____ 曜日）

(様式第2号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

胃がん個別検診機関登録通知書

平成 年 月 日付けで申請のあった、胃がん個別検診機関登録については、下記のとおり登録したので通知する。

なお、登録の有効期間は胃がん個別検診機関登録実施要領第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

記

登録有効期間	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで

(様式第3号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

胃がん個別検診機関の登録について

このことについて、下記のとおり登録したので胃がん個別検診機関登録実施要領第2第2項の規定に基づき通知します。

記

登録医療機関名	所在地	電話番号

(様式第4号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

胃がん個別検診機関登録事項変更届出書

このことについて、下記のとおり変更がありましたのでお届けします。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第5号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

胃がん個別検診機関登録事項変更通知書

このことについて、下記のとおり変更届出書の提出があったので通知します。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第6号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

胃がん個別検診業務中止届出書

平成 年 月 日をもって、胃がん個別検診業務を中止いたしますのでお届けします。

(様式第7号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

胃がん個別検診機関登録取消し通知書

平成 年 月 日付で登録した胃がん個別検診による検診機関登録については、下記のとおり登録を取消したので通知する。

記

取消し年月日 平成 年 月 日

(様式 8 号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

胃がん個別検診機関登録取消し通知書

このことについて、下記の医療機関の登録を取消したので通知します。

記

登録医療機関名	所在地	取消し年月日

胃がん精密検査機関登録実施要領

各様式

胃がん精密検査機関登録実施要領

(登録の目的)

第1 胃がん検診の精密検査を担当する医療機関（以下「胃がん精密検査機関」という。）の登録は、胃がん検診の結果、精密検査を要することとなった受診者に対して、責任ある検査を迅速かつ正確に実施できる診療体制を確立することを目的とする。

(登録の手続き)

第2 胃がん精密検査機関として登録を受けようとする医療機関は、「胃がん精密検査機関登録申請書」（様式第1号 以下「申請書」という。）を、郡市医師会を經由して社団法人福井県医師会長（以下「会長」という。）に提出しなければならない。

2 会長は、前項の申請書の提出を受けたときは、速やかに専門部会にて審査をし、登録の適否を決定し、その結果を当該医療機関および財団法人福井県健康管理協会（以下「協会」という。）に「胃がん精密検査機関登録通知書」（様式第2号、様式第3号）により通知しなければならない。

3 登録の有効期間は、原則として2年間とする。但し、年度途中の登録の場合は、登録を決定した日の属する年度の翌年度末までとする。なお、第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

(登録要件)

第3 登録を受けようとする医療機関は、原則として次に掲げる要件を満たすものであり、福井県がん検診精度管理委員会の審査を受けなければならない。

- 一 内視鏡装置を保有していること。
- 二 胃がん集団検診読影医療機関として登録し、読影業務に従事していること。

(変更の届出)

第4 登録医療機関は、申請書の記載事項に変更があったときには、速やかに「胃がん精密検査機関登録事項変更届出書」（様式第4号 以下「変更届出書」という。）により速やかに会長に届け出なければならない。

2 会長は、変更届出書を受理したときには、「胃がん精密検査機関登録事項変更通知書」（様式第5号）により速やかに協会に通知しなければならない。

(精密検査中止の届出)

第5 登録医療機関は、精密検査業務を中止しようとするときには、「胃がん精密検査業務中止届出書」（様式第6号 以下「中止届出書」という。）により速やかに会長に届け出なければならない。

(登録の抹消)

第6 会長は登録医療機関が第3に掲げる事項のいずれかを欠くに至ったと認めるとき、又は中止届出書の提出があったときには、その登録を取消すものとする。

2 会長は、前項の規定により登録を取消したときには、その結果を当該医療機関および協会に「胃がん精密検査機関登録取消し通知書」（様式第7号、様式第8号）により通知しなければならない。

(責務)

第7 登録医療機関は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。

- 一 精密検査の結果を「胃がん精密検査結果報告書」により速やかに協会へ報告すること。
- 二 精密検査の結果受診者に医学的処置を行った場合は、症例報告書により、その結果を協会に連絡すること。
- 三 検査所見、内視鏡画像ならびに各種標本などは、検査後5年以上保存し、必要に応じて直ちに再検索（関係者のみ）に応ずること。
- 四 福井県がん検診精度管理委員会が必要と認めた場合は、関係者への標本等の検索、閲覧及び貸与等に応じること。
- 五 福井県がん検診精度管理委員会が承認した研修会（対象となる研修会は以下のとおり）のいずれかに年1回出席すること。
 - ①福井県胃腸疾患懇話会合同症例研究会（年3回）
 - ②嶺南地区症例研究会（年2回）
 - ③福井県胃・大腸検診研修会（年1回）
 - ④その他、福井県がん検診精度管理委員会が承認する研修会（不定期）

(様式第1号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

胃がん精密検査機関登録申請書

胃がん検診の目的を理解し、胃がん精密検査機関登録実施要領第7に掲げる事項を遵守しますので、精密検査機関として登録して下さるよう申請いたします。

なお、同要領第3に掲げる設備および精密検査を担当する責任者等は別記調書のとおりであります。

郡市医師会承認印

胃がん精密検査機関登録申請書附属調書

1 医療設備の保有状況

内視鏡

メーカー名	型式	本数	備考

2 精密検査担当責任者等

責任者氏名	
主な診療科	
精密検査担当医師数	名

3 検査の予約 要 不要

※要予約の場合は連絡先及び担当者名を記入
(検査予約電話番号：

担当者名：)

4 精密検査実施可能人員数および曜日

内視鏡検査 週 人 (1日 人) (曜日)

(様式第2号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

胃がん精密検査機関登録通知書

平成 年 月 日付けで申請のあった、胃がん精密検査機関登録については、下記のとおり登録したので通知する。

なお、登録の有効期間は胃がん精密検査機関登録実施要領第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

記

登録有効期間	平成	年	月	日
	平成	年	月	日まで

(様式第3号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

胃がん精密検査機関の登録について

このことについて、下記のとおり登録したので胃がん精密検査機関登録実施要領第2第2項の規定に基づき通知します。

記

登録医療機関名	所在地	電話番号

(様式第4号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

胃がん精密検査機関登録事項変更届出書

このことについて、下記のとおり変更がありましたのでお届けします。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第5号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

胃がん精密検査機関登録事項変更通知書

このことについて、胃がん精密検査機関から下記のとおり変更届出書の提出があったので通知します。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第6号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

胃がん精密検査業務中止届出書

平成 年 月 日をもって、胃がん精密検査業務を中止いたしますのでお届けします。

(様式第7号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

胃がん精密検査機関登録取消し通知書

平成 年 月 日付で登録した胃がん精密検査による検査機関登録については、下記のとおり登録を取消したので通知する。

記

取消し年月日 平成 年 月 日

(様式第8号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

胃がん精密検査機関登録取消し通知書

このことについて、下記の医療機関の登録を取消したので通知します。

記

登録医療機関名	所在地	取消し年月日

肺がん集団検診読影（医師・機関）登録実施要領

各様式

肺がん集団検診読影（医師・機関）登録実施要領

（目的）

第1 この要領は、肺がん集団検診の読影を実施する医療機関の精度管理を図るとともに集団検診の円滑な推進に寄与することを目的とする。

（登録の手続）

- 第2 登録を受けようとする医療機関は、「肺がん集団検診読影（医師・機関）登録申請書」（様式第1号 以下「申請書」という。）を郡市医師会を經由して財団法人福井県健康管理協会（以下「協会」という。）に提出しなければならない。
- 2 協会は、申請書を受理したときは、速やかに審査をし、登録の適否を決定し、社団法人福井県医師会長（以下「会長」という。）に読影医療機関名簿を提出しなければならない。
- 3 登録の有効期間は、原則として2年間とする。但し、年度途中の登録の場合は、登録を決定した日の属する年度の翌年度末までとする。なお、第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

（読影中止の届出）

第3 読影登録医療機関は、読影参加医師の転出や登録機関として読影が困難になった場合は、「肺がん集団検診読影（医師・機関）中止届出書」（様式第2号）を速やかに協会に届け出なければならない。

（登録の抹消）

- 第4 協会は、登録医療機関が第3に掲げる事項のいずれかを欠くに至ったと認めるとき、または中止（医師・機関）届出書の提出があったときには、その登録を取り消すものとする。
- 2 協会は、前項の規定により登録を取り消したときには、会長に新規読影機関名簿通知提出しなければならない。

（責務）

- 第5 登録医療機関は、読影期間を厳守し、迅速な検診結果報告に努めること。
- 2 福井県がん検診精度管理委員会が承認した研修会（対象となる研修会は以下のとおり）のいずれかに年1回出席すること。
- ①肺がん検診読影・撮影研修会（年2回）
 - ②肺がん検診従事者研修会<集団検診症例検討>（年2回）
 - ③肺がん検診従事者研修会（年1回）
 - ④その他、福井県がん検診精度管理委員会が承認する研修会（不定期）
- 3 新規で集団検診の読影医として登録を希望する場合は、上記①～④に掲げる研修会のいずれかを3回以上受講し、郡市医師会長の承認を得るものとする。

(様式第1号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

肺がん集団検診読影（医師・機関）登録申請書

肺がん集団検診の目的を理解し、肺がん集団検診読影（医師・機関）登録実施要領第5に掲げる事項を遵守しますので、肺がん集団検診読影（医師・機関）として登録して下さるよう申請します。

読影医師名	所属読影機関名

※新規で読影医として参加する場合は、福井県健康管理協会に参加者の研修会の受講歴を確認すること。

郡市医師会承認印

(様式第2号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

肺がん集団検診読影業務中止届出書

平成 年 月 日をもって、肺がん集団検診読影業務を中止いたしますので
お届けします。

登録医師名

肺がん個別検診機関登録実施要領

各様式

肺がん個別検診機関登録実施要領

(目的)

第1 この要領は、肺がん個別検診を実施する医療機関の登録の要件を定め、もって検診の精度管理を図るとともに個別検診の円滑な推進に寄与することを目的とする。

(登録の手続)

第2 登録を受けようとする医療機関は、「肺がん個別検診機関登録申請書」(様式第1号 以下「申請書」という。)を郡市医師会を經由して社団法人福井県医師会会長(以下「会長」という。)に提出しなければならない。

2 会長は、申請書を受理したときは、速やかに専門部会にて審査をし、登録の適否を決定し、その結果を当該医療機関、財団法人福井県健康管理協会(以下「協会」という。)に「肺がん個別検診機関登録通知書」(様式第2号・様式第3号)により通知しなければならない。

3 登録の有効期間は、原則として2年間とする。但し、年度途中の登録の場合は、登録を決定した日の属する年度の翌年度末までとする。なお、第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

(登録要件)

第3 登録を受けようとする医療機関は、次の各号に掲げる要件を満たすものであり、福井県がん検診精度管理委員会の審査を受けなければならない。なお、確認の為に現場での審査指導を行うこともありうる。

- 一 直接撮影の場合は、被検者—管球間距離を1.5m以上とし、定格出力150kV以上の撮影装置を用い、120kV以上の管電圧及び希土類システム(希土類増感紙+オルソタイプフィルム)を用いること。やむを得ず100~120kVの管電圧で撮影する場合も、被曝軽減のため希土類システム(希土類増感紙+オルソタイプフィルム)を用いること。
- 二 CRの場合は、120kV以上の管電圧及び散乱線除去用格子比12:1以上を使用して撮影し、適切な階調処理、周波数処理、ダイナミックレンジ圧縮処理などを施した画像として出力する事が望ましい。
- 三 胸部エックス線写真の読影にあたり、十分な経験を有する医師が2名以上いること。但し、読影できる医師が1名であっても、他の医療機関等との連携により二重読影が可能なときは、この限りではない。
- 四 肺がん集団検診読影医療機関として登録し、読影業務に従事していること。

(変更の届出)

第4 登録医療機関は、申請書の記載事項に変更があったときには、速やかに「肺がん個別検診機関登録事項変更届出書」(様式第4号 以下「変更届出書」という。)により速やかに会長に届け出なければならない。

2 会長は、変更届出書を受理したときには、「肺がん個別検診機関登録事項変更通知書」(様式第5号)により速やかに協会に通知しなければならない。

(検診業務中止の届出)

第5 登録医療機関は、検診業務を中止しようとするときには、「肺がん個別検診業務中止届出書」(様式第6号 以下「中止届出書」という。)により速やかに会

長に届け出なければならない。

(登録の抹消)

- 第6 会長は、登録医療機関が第3に掲げる事項のいずれかを欠くに至ったと認めるとき、または中止届出書の提出があったときには、その登録を取消すものとする。
- 2 会長は、前項の規定により登録を取消したときには、その旨を「肺がん個別検診機関登録取消し通知書」（様式第7号、様式第8号）により、当該医療機関および協会に通知しなければならない。

(責務)

- 第7 登録医療機関は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。
- 一 実施要領に基づき、迅速かつ正確に実施すること。
 - 二 検査所見、撮影フィルム及び各種標本等（以下「標本等」という。）は、検診後5年以上保存すること。
 - 三 福井県がん検診精度管理委員会が必要と認めた場合は、関係者への標本等の検索、閲覧及び貸与等に応じること。
 - 四 個別検診登録医療機関は、肺がん集団検診二次検診業務（精密検査）に協力すること。
 - 五 福井県がん検診精度管理委員会が承認した研修会（対象となる研修会は以下のとおり）のいずれかに年1回出席すること。
 - ①がん個別検診読影・撮影研修会（年2回）
 - ②肺がん検診従事者研修会<集団検診症例検討>（年2回）
 - ③肺がん検診従事者研修会（年1回）
 - ④その他、福井県がん検診精度管理委員会が承認する研修会（不定期）

注：肺がん個別検診機関に登録した医療機関は、自動的に肺がん集団二次検診機関に登録されることとなるため、登録申請は免除する。

(様式第1号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

肺がん個別検診機関登録申請書

肺がん個別検診の目的を理解し、肺がん個別検診機関登録実施要領第7に掲げる事項を遵守しますので、個別検診機関として登録して下さるよう申請します。

なお、同要領第3に掲げる設備および二重読影担当者は別記調書のとおりであります。

郡市医師会承認印

肺がん個別検診登録医療機関附属調書

1. 胸部 X 線写真（立位 PA 方向撮影）の平均撮影条件

() kV () mA () sec もしくは ホトタイマ
() mAs

2. 被検者－管球間の距離 () m

3. 最高定格電圧（健康福祉センターへの X 線装置届出控えに記載あり）：() kV

4. 使用感光材料（I. II いずれか選択）

I. 銀塩フィルム

- ・使用フィルムサイズ（複数回答可）
① 半切 ② 大角 ③ 大 4 F
- ・フィルムスクリーンシステム（a.b.いずれか選択）
a 希土類増感紙とオルソフィルム
b レギュラー増感紙とレギュラーフィルム
- ・使用グリッド（散乱線除去用格子）の格子比
① () : 1 ② 使用せず

II. デジタル装置（CR、FCR、FPD）

- ・メーカー名・装置名：
- ・フィルム・ハードコピー出力： 有 無
- ・DICOM ファイル CD-R 出力： 可 不可
- ・使用グリッド（散乱線除去用格子）の格子比
① () : 1 ② 使用せず

5. X線発生装置名 ()
(メーカー名：)

6. 自動現像機名 ()
(メーカー名：)

もしくは

ドライイメージャー機種名 ()
(メーカー名 :)

7. 撮影責任者

氏名		職種	
----	--	----	--

8. 検診（読影）担当医師名

氏名	主な診療科目	備考

9. 二重読影医療機関（読影できる医師が1名しかいないときに記入）

医療機関（郡市医師会）名	
読影担当医師名	

10. 検診の予約

要

不要

※要予約の場合は連絡先及び担当者名を記入
(検診予約電話番号 :

担当者名 :)

11. 検診実施可能人員数および曜日

週 人（1日 人）（曜日）

★直近2ヶ月以内に撮影したX線フィルム2～3枚を添付すること。

(様式第2号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

肺がん個別検診機関登録通知書

平成 年 月 日付けで申請のあった、肺がん個別検診機関登録については、下記のとおり登録したので通知する。

なお、登録の有効期間は肺がん個別検診機関登録実施要領第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

記

登録有効期間	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで

(様式第3号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

肺がん個別検診機関の登録について

このことについて、下記のとおり登録したので肺がん個別検診機関登録実施要領第2第2項の規定に基づき通知します。

記

登録医療機関名	所在地	電話番号

(様式第4号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

肺がん個別検診機関登録事項変更届出書

このことについて、下記のとおり変更がありましたのでお届けします。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第5号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

肺がん個別検診機関登録事項変更通知書

このことについて、下記のとおり変更届出書の提出があったので通知します。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第6号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

肺がん個別検診業務中止届出書

平成 年 月 日をもって、肺がん個別検診業務を中止いたしますのでお届けします。

(様式第7号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

肺がん個別検診機関登録取消し通知書

平成 年 月 日付で登録した肺がん個別検診による検診機関登録については、下記のとおり登録を取消したので通知する。

記

取消し年月日 平成 年 月 日

(様式 8 号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

肺がん個別検診機関登録取消し通知書

このことについて、下記の医療機関の登録を取消したので通知します。

記

登録医療機関名	所在地	取消し年月日

肺がん精密検査機関登録実施要領

各様式

肺がん精密検査機関登録実施要領

(登録の目的)

第1 肺がん検診の精密検査を担当する医療機関（以下「肺がん精密検査機関」という。）の登録は、肺がん検診の結果、精密検査を要することとなった受診者に対して、責任ある検査を迅速かつ正確に実施できる診療体制を確立することを目的とする。

(登録の手続き)

- 第2 肺がん精密検査機関として登録を受けようとする医療機関は、「肺がん精密検査機関登録申請書」（様式第1号 以下「申請書」という。）を、郡市医師会を經由して社団法人福井県医師会長（以下「会長」という。）に提出しなければならない。
- 2 会長は、前項の申請書の提出を受けたときは、速やかに専門部会にて審査をし、登録の適否を決定し、その結果を当該医療機関および財団法人福井県健康管理協会（以下「協会」という。）に「肺がん精密検査機関登録通知書」（様式第2号、様式第3号）により通知しなければならない。
 - 3 登録の有効期間は、原則として2年間とする。但し、年度途中の登録の場合は、登録を決定した日の属する年度の翌年度末までとする。なお、第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

(登録要件)

- 第3 登録を受けようとする医療機関は、原則として次の各号に掲げるすべての要件を満たすものであり、福井県がん検診精度管理委員会の審査を受けなければならない。なお、確認の為に現場での審査指導を行うこともありうる。
- 一 高分機能 Thin-section CT 画像が得られること。
 - 二 気管支鏡検査、CTガイド下針生検、VATS生検などの確定診断を得る技能を有すること。ないしその機関と緊密に連携できること。
 - 三 肺がんの診断に習熟した医師がいること。
 - 四 肺がん集団検診読影医療機関として登録し、読影業務に従事していること。

(変更の届出)

- 第4 登録医療機関は、申請書の記載事項に変更があったときには、速やかに「肺がん精密検査機関登録事項変更届出書」（様式第4号 以下「変更届出書」という。）により速やかに会長に届け出なければならない。
- 2 会長は、変更届出書を受理したときには、「肺がん精密検査機関登録事項変更通知書」（様式第5号）により速やかに協会に通知しなければならない。

(精密検査業務中止の届出)

第5 登録医療機関は、精密検査業務を中止しようとするときには、「肺がん精密検査業務中止届出書」（様式第6号 以下「中止届出書」という。）により速やかに会長に届け出なければならない。

(登録の抹消)

第6 会長は登録医療機関が第3に掲げる事項のいずれかを欠くに至ったと認めるとき、又は中止届出書の提出があったときには、その登録を取消すものとする。

- 2 会長は、前項の規定により登録を取消したときには、その結果を当該医療機関および協会に「肺がん精密検査機関登録取消し通知書」（様式第7号、様式第8号）によりに通知しなければならない。

（責務）

第7 登録医療機関は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。

- 一 精密検査の結果を「肺がん精密検査結果報告書」により速やかに協会へ報告すること。
- 二 精密検査の結果受診者に医学的処置を行った場合は、症例報告書によりその結果を協会に報告すること。
- 三 検査所見、撮影フィルムならびに各種標本などは、検査後5年以上保存し、必要に応じて直ちに再検索（関係者のみ）に応ずること。
- 四 福井県がん検診精度管理委員会が必要と認めた場合は、関係者への標本等の検索、閲覧及び貸与等に応じること。
- 五 福井県がん検診精度管理委員会が承認した研修会（対象となる研修会は以下のとおり）いずれかに年1回出席すること。
 - ①がん個別検診読影・撮影研修会（年2回）
 - ②肺がん検診従事者研修会＜集団検診症例検討＞（年2回）
 - ③肺がん検診従事者研修会（年1回）
 - ④その他、福井県がん検診精度管理委員会が承認する研修会（不定期）

(様式第1号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

肺がん精密検査機関登録申請書

肺がん検診の目的を理解し、肺がん精密検査機関登録実施要領第7に掲げる事項を遵守しますので、精密検査機関として登録して下さるよう申請いたします。

なお、同要領第3に掲げる設備および精密検査を担当する責任者等は別記調書のとおりであります。

郡市医師会承認印

(様式第2号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

肺がん精密検査機関登録通知書

平成 年 月 日付けで申請のあった、肺がん精密検査機関登録については、下記のとおり登録したので通知する。

なお、登録の有効期間は肺がん精密検査機関登録実施要領第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

記

登録有効期間	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで

(様式第3号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

肺がん精密検査機関の登録について

このことについて、下記のとおり登録したので肺がん精密検査機関登録実施要領第2第2項の規定に基づき通知します。

記

登録医療機関名	所在地	電話番号

(様式第4号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

肺がん精密検査機関登録事項変更届出書

このことについて、下記のとおり変更がありましたのでお届けします。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第5号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

肺がん精密検査機関登録事項変更通知書

このことについて、肺がん精密検査機関から下記のとおり変更届出書の提出があったので通知します。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第6号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

肺がん精密検査業務中止届出書

平成 年 月 日をもって、肺がん精密検査業務を中止いたしますのでお届けします。

(様式第7号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

肺がん精密検査機関登録取消し通知書

平成 年 月 日付で登録した肺がん精密検査による検査機関登録については、下記のとおり登録を取消したので通知する。

記

取消し年月日 平成 年 月 日

(様式第8号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

肺がん精密検査機関登録取消し通知書

このことについて、下記の医療機関の登録を取消したので通知します。

記

登録医療機関名	所在地	取消し年月日

大腸がん個別検診機関登録実施要領

各様式

大腸がん個別検診機関登録実施要領

(目的)

第1 この要領は、大腸がん個別検診を実施する医療機関の登録の要件を定め、もって検診の精度管理を図るとともに個別検診の円滑な推進に寄与することを目的とする。

(登録の手続)

第2 登録を受けようとする医療機関は、「大腸がん個別検診機関登録申請書」(様式第1号 以下「申請書」という。)を、郡市医師会を經由して社団法人福井県医師会会長(以下「会長」という。)に提出しなければならない。

2 会長は、申請書を受理したときは、速やかに専門部会にて審査をし、登録の適否を決定し、その結果を当該医療機関、財団法人福井県健康管理協会(以下「協会」という。)に「大腸がん個別検診機関登録通知書」(様式第2号・様式第3号)により通知しなければならない。

3 登録の有効期間は、原則として2年間とする。但し、年度途中の登録の場合は、登録を決定した日の属する年度の翌年度末までとする。なお、第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

(登録要件)

第3 登録を受けようとする医療機関は、次の各号に掲げる要件を満たすものであり、福井県がん検診精度管理委員会の審査を受けなければならない。

- 一 ガイドラインに沿った測定キットの管理、配布ができること。
- 二 採便方法の説明と検体回収の方法が説明できること。
- 三 かかりつけ医制度を有効に活用し、働き盛りの受診者への受診勧奨および精密検査の受診勧奨など受診率の向上に努めること。また、検体の提出者が受診者であることを理解し、検体未提出者には検体提出を指導すること。

(変更の届出)

第4 登録医療機関は、申請書の記載事項に変更があったときには、速やかに「大腸がん個別検診機関登録事項変更届出書」(様式第4号 以下「変更届出書」という。)により速やかに会長に届け出なければならない。

2 会長は、変更届出書を受理したときには、「大腸がん個別検診機関登録事項変更通知書」(様式第5号)により速やかに協会に通知しなければならない。

(検診業務中止の届出)

第5 登録医療機関は、検診業務を中止しようとするときには、「大腸がん個別検診業務中止届出書」(様式第6号 以下「中止届出書」という。)により速やかに会長に届け出なければならない。

(登録の抹消)

第6 会長は、登録医療機関が第3に掲げる事項のいずれかを欠くに至ったと認めるとき、または中止届出書の提出があったときには、その登録を取消すものとする。

- 2 会長は、前項の規定により登録を取消したときには、その旨を「大腸がん個別検診機関登録取消し通知書」（様式第7号、様式第8号）により、当該医療機関および協会に通知しなければならない。

（責務）

第7 登録医療機関は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。

- 一 実施要領に基づき、迅速かつ正確に実施すること。
- 二 福井県がん検診精度管理委員会が承認した研修会（対象となる研修会は以下のとおり）に努めて出席すること。
 - ①福井県胃腸疾患懇話会合同症例研究会（年3回）
 - ②嶺南地区症例研究会（年2回）
 - ③福井県胃・大腸検診研修会（年1回）
 - ④その他、福井県がん検診精度管理委員会が承認する研修会（不定期）

(様式第 1 号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

大腸がん個別検診機関登録申請書

大腸がん個別検診の目的を理解し、大腸がん個別検診機関登録実施要領第 3 及び第 7 に掲げる事項を遵守しますので、個別検診機関として登録して下さるよう申請します。

郡市医師会承認印

(様式第2号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

大腸がん個別検診機関登録通知書

平成 年 月 日付けで申請のあった、大腸がん個別検診機関登録については、下記のとおり登録したので通知する。

なお、登録の有効期間は大腸がん個別検診機関登録実施要領第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

記

登録有効期間	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで

(様式第3号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

大腸がん個別検診機関の登録について

このことについて、下記のとおり登録したので大腸がん個別検診機関登録実施要領第2第2項の規定に基づき通知します。

記

登録医療機関名	所在地	電話番号

(様式第4号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

大腸がん個別検診機関登録事項変更届出書

このことについて、下記のとおり変更がありましたのでお届けします。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第5号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

大腸がん個別検診機関登録事項変更通知書

このことについて、下記のとおり変更届出書の提出があったので通知します。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第6号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

大腸がん個別検診業務中止届出書

平成 年 月 日をもって、大腸がん個別検診業務を中止いたしますのでお届けします。

(様式第7号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

大腸がん個別検診機関登録取消し通知書

平成 年 月 日付で登録した大腸がん個別検診による検診機関登録については、下記のとおり登録を取消したので通知する。

記

取消し年月日 平成 年 月 日

(様式 8 号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

大腸がん個別検診機関登録取消し通知書

このことについて、下記の医療機関の登録を取消したので通知します。

記

登録医療機関名	所在地	取消し年月日

大腸がん精密検査機関登録実施要領

各様式

大腸がん精密検査機関登録実施要領

(登録の目的)

第1 大腸がん検診の精密検査を担当する医療機関(以下「大腸がん精密検査機関」という。)の登録は、大腸がん検診の結果、精密検査を要することとなった受診者に対して、責任ある検査を迅速かつ正確に実施できる診療体制を確立することを目的とする。

(登録の手続き)

第2 大腸がん精密検査機関として登録を受けようとする医療機関は、「大腸がん精密検査機関登録申請書」(様式第1号 以下「申請書」という。)を郡市医師会を經由して社団法人福井県医師会長(以下「会長」という。)に提出しなければならない。

2 会長は、前項の申請書の提出を受けたときは、速やかに専門部会にて審査をし、登録の適否を決定し、その結果を当該医療機関および財団法人福井県健康管理協会(以下「協会」という。)に「大腸がん精密検査機関登録通知書」(様式第2号、様式第3号)により通知しなければならない。

3 登録の有効期間は、原則として2年間とする。但し、年度途中の登録の場合は、登録を決定した日の属する年度の翌年度末までとする。なお、第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

(登録要件)

第3 登録を受けようとする医療機関は、原則として次の各号に掲げるすべての要件を満たすものであり、福井県がん検診精度管理委員会の審査を受けなければならない。

- 一 内視鏡装置(あるいは内視鏡とX線装置の併用)により、全結腸検査が可能なこと。
- 二 生検に必要な設備(ただし生検を自ら実施しない精密検査機関にあつては、あらかじめ生検を依頼する医療機関を定めておくこと)を保有していること。

(変更の届出)

第4 登録医療機関は、申請書の記載事項に変更があったときには、速やかに「大腸がん精密検査機関登録事項変更届出書」(様式第4号 以下「変更届出書」という。)により速やかに会長に届け出なければならない。

2 会長は、変更届出書を受理したときには、「大腸がん精密検査機関登録事項

変更通知書」(様式第5号)により速やかに協会に通知しなければならない。

(精密検査業務中止の届出)

第5 登録医療機関は、精密検査業務を中止しようとするときには、「大腸がん精密検査業務中止届出書」(様式第6号以下「中止届出書」という。)により速やかに会長に届け出なければならない。

(登録の抹消)

第6 会長は登録医療機関が第3に掲げる事項のいずれかを欠くに至ったと認めるとき、又は中止届出書の提出があったときには、その登録を取消すものとする。

2 会長は、前項の規定により登録を取消したときには、その結果を当該医療機関および協会に「大腸がん精密検査機関登録取消し通知書」(様式第7号、様式第8号)によりに通知しなければならない。

(責務)

第7 登録医療機関は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。

- 一 精密検査の結果を「大腸がん精密検査結果報告書」により速やかに協会へ報告すること。
- 二 精密検査の結果受診者に医学的処置を行った場合は、症例報告書によりその結果を協会に連絡すること。
- 三 検査所見、撮影フィルムならびに各種標本などは、検査後5年以上保存し、必要に応じて直ちに再検索(関係者のみ)に応ずること。
- 四 福井県がん検診精度管理委員会が必要と認めた場合は、関係者への標本等の検索、閲覧及び貸与等に応じること。
- 五 福井県がん検診精度管理委員会が承認した研修会(対象となる研修会は以下のとおり)のいずれかに年1回出席すること。
 - ①福井県胃腸疾患懇話会合同症例研究会(年3回)
 - ②嶺南地区症例研究会(年2回)
 - ③福井県胃・大腸検診研修会(年1回)
 - ④その他、福井県がん検診精度管理委員会が承認する研修会(不定期)

(様式第 1 号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

大腸がん精密検査機関登録申請書

大腸がん検診の目的を理解し、大腸がん精密検査機関登録実施要領第 7 に掲げる事項を遵守しますので、精密検査機関として登録して下さるよう申請いたします。

なお、同要領第 3 に掲げる設備および精密検査を担当する責任者等は別記調書のとおりであります。

郡市医師会承認印

大腸がん精密検査機関登録申請書附属調書

1 医療設備の保有状況

(1) 内視鏡：必須

メーカー名	型式	本数	備考

保存方法：デジタルデータ
16mmフィルム

(2) X線装置：保有は必須ではない

メーカー名		
型式		

2 精密検査担当責任者等

責任者氏名	
主な診療科	
精密検査担当医師数	名

3 検査の予約

要

不要

※要予約の場合は連絡先及び担当者名を記入
(検査予約電話番号：

担当者名：)

4 精密検査実施可能人員数および曜日

- (1) X線透視 週 人 (1日 人) (曜日)
- (2) 内視鏡 週 人 (1日 人) (曜日)

(様式第 2 号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

大腸がん精密検査機関登録通知書

平成 年 月 日付けで申請のあった、大腸がん精密検査機関登録については、下記のとおり登録したので通知する。

なお、登録の有効期間は大腸がん精密検査機関登録実施要領第 3 に掲げる要件に変更がない限り更に 2 年間延長し、以降同様とする。

記

登録有効期間	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで

(様式第3号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

大腸がん精密検査機関の登録について

このことについて、下記のとおり登録したので大腸がん精密検査機関登録実施要領第2第2項の規定に基づき通知します。

記

登録医療機関名	所在地	電話番号

(様式第4号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

大腸がん精密検査機関登録事項変更届出書

このことについて、下記のとおり変更がありましたのでお届けします。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第5号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

大腸がん精密検査機関登録事項変更通知書

このことについて、大腸がん精密検査機関から下記のとおり変更届出書の提出があったので通知します。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第 6 号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

大腸がん精密検査業務中止届出書

平成 年 月 日をもって、大腸がん精密検査業務を中止いたしますのでお届けします。

(様式第7号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

大腸がん精密検査機関登録取消し通知書

平成 年 月 日付で登録した大腸がん精密検査による検査機関登録については、下記のとおり登録を取消したので通知する。

記

取消し年月日 平成 年 月 日

(様式第8号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

大腸がん精密検査機関登録取消し通知書

このことについて、下記の医療機関の登録を取消したので通知します。

記

登録医療機関名	所在地	取消し年月日

乳がん集団検診マンモグラフィ読影医師
登録実施要領

乳がん集団検診マンモグラフィ読影医師登録実施要領

(目的)

第1 この要領は、乳がん集団検診の読影を実施する医師の登録の要件を定め、もって検診の精度管理を図るとともに集団検診の円滑な推進に寄与することを目的とする。

(登録の手続き)

第2 登録を受けようとする医師は、「乳がん集団検診マンモグラフィ読影医師登録申請書」(様式第1号 以下「申請書」という。)を財団法人福井県健康管理協会(以下「協会」という。)に提出しなければならない。

2 協会は、申請書を受理したときには、社団法人福井県医師会長(以下「会長」という。)に読影医師名簿を提出しなければならない。

3 登録の有効期間は、原則として2年間とする。但し、年度途中の登録の場合は、登録を決定した日の属する年度の翌年度末までとする。なお、第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

(登録要件)

第3 登録を受けようとする医師は、原則マンモグラフィ検診精度管理中央委員会(以下「精中委」という。)が開催する読影講習会又はこれに準ずる講習会を修了し、読影試験をA又はB判定で修了した医師であること。

2 読影医師は読影期間内に読影を終了し、迅速な読影結果提供に努めなければならない。

(読影業務中止の届出)

第4 登録医師は、読影業務の実施が困難になり、業務中止しようとするときには、協会に届け出なければならない。

2 協会は、届出があった場合、会長に中止の届出をしなければならない。

(登録の抹消)

第5 会長は中止届出書の提出があったときには、その登録を取消すものとする。

2 会長は、前項の規定により登録を取り消したときには、協会に「乳がん集団検診マンモグラフィ読影医師登録取消し通知書」(様式第4号)により通知しなければならない。

(責務)

第6 登録読影医師は福井県がん検診精度管理委員会が承認した研修会(対象となる研修会は以下のとおり)のいずれかに年1回出席すること。

①マンモグラフィ読影研修会(年6回)

②乳房検診研修会(年1回)

③その他、福井県がん検診精度管理委員会が承認する研修会(不定期)

(様式第 1 号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

乳がん集団検診マンモグラフィ読影医師登録申請書

乳がん検診の目的を理解し、乳がん集団検診マンモグラフィ読影医師登録実施要領第 6 に掲げる事項を遵守しますので、読影医師として登録して下さるよう申請いたします。

なお、同要領第 3 に掲げる認定について、読影講座修了証、読影資格認定証の写しを添付します。

読影医師名	所属読影機関名

福井県健康管理協会受付欄

福井県健康管理協会受付欄

乳がん個別検診
視触診による検診機関登録実施要領
各様式

乳がん個別検診視触診による検診機関登録実施要領

(登録の目的)

第1 視触診による乳がん個別検診を担当する医療機関（以下「視触診検診機関」という。）の登録は、視触診による乳がん個別検診を行なうこととなった受診者に対して、責任ある検査を迅速かつ正確に実施できる診療体制を確立することを目的とする。

(登録の手続き)

- 第2 登録を受けようとする医療機関は、「乳がん個別検診視触診による検診機関登録申請書（視触診個別検診用）」（様式第1号 以下「申請書」という。）を郡市医師会を経由して社団法人福井県医師会長（以下「会長」という。）に提出しなければならない。
- 2 会長は、申請書を受理したときは、速やかに専門部会にて審査をし、登録の適否を決定し、その結果を当該医療機関および財団法人福井県健康管理協会（以下「協会」という。）に「乳がん個別検診視触診による検診機関登録通知書（視触診個別検診用）」（様式第2号、様式第3号）により通知しなければならない。
- 3 登録の有効期間は、原則として2年間とする。但し、年度途中の登録の場合は、登録を決定した日の属する年度の翌年度末までとする。なお、第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

(登録要件)

- 第3 登録を受けようとする医療機関は、次の各号に掲げる要件を満たすものであり、福井県がん検診精度管理委員会の審査を受けなければならない。
- 一 福井県がん検診精度管理委員会が主催・共催する乳がん視触診講習会を受講した医師が勤務していること。

(変更の届出)

- 第4 登録医療機関は、申請書の記載事項に変更があったときには、速やかに「乳がん個別検診視触診による検診機関登録事項変更届出書（視触診個別検診用）」（様式第4号 以下「変更届出書」という。）により速やかに会長に届け出なければならない。
- 2 会長は、変更届出書を受理したときには、「乳がん個別検診視触診による検診機関登録事項変更通知書（視触診個別検診用）」（様式第5号）により速やかに協会に通知しなければならない。

(検診業務中止の届出)

- 第5 登録医療機関は、検診業務を中止しようとするときには、「乳がん個別検診視触診による検診業務中止届出書（視触診個別検診用）」（様式第6号 以下「中止届出書」という。）により速やかに会長に届け出なければならない。

(登録の抹消)

- 第6 会長は登録医療機関が第3に掲げる事項のいずれかを欠くに至ったと認めるとき、又は中止届出書の提出があったときには、その登録を取消すものと

する。

- 2 会長は、前項の規定により登録を取消したときには、その結果を当該医療機関および協会に「乳がん個別検診視触診による検診機関登録取消し通知書（視触診個別検診用）」（様式第7号、様式第8号）により通知しなければならない。

（責務）

- 第7 登録医療機関は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。
- 一 視触診結果（「乳房検診票（副）」）は、検診後少なくとも5年以上保存すること。
 - 二 福井県がん検診精度管理委員会が必要と認めた場合は、関係者への視触診結果（「乳房検診票（副）」）の検索、閲覧及び貸与等に応じること。
 - 三 福井県がん検診精度管理委員会が承認した乳がん視触診講習会に少なくとも2年に1回は勤務する医師が出席すること。

(様式第1号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

**乳がん個別検診視触診による検診機関登録申請書
(視触診個別検診用)**

乳がん個別検診の目的を理解し、乳がん個別検診視触診による検診機関登録実施要領第7に掲げる事項を遵守しますので、検診機関として登録して下さるよう添付書類を添えて申請いたします。

郡市医師会承認印

乳がん個別検診視触診登録医療機関申請添付書類

1 視触診講習会等の受講歴

講習会の名称	講習会場名	受講日時	受講者名

2 検診の予約

要

不要

※要予約の場合は連絡先及び担当者名を記入

(検診予約電話番号：

担当者名：)

3 検診実施可能人員数および曜日

週 人 (1日 人) (曜日)

(様式第2号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

**乳がん個別検診視触診による検診機関登録通知書
(視触診個別検診用)**

平成 年 月 日付で申請のあった乳がん個別検診視触診による検診機関登録については下記のとおり登録したので通知する。

なお、登録の有効期間は乳がん個別検診視触診による検診機関登録実施要領第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

記

登録有効期間 平成 年 月 日 から

平成 年 月 日 まで

(様式第3号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

**乳がん個別検診視触診による検診機関登録について
(視触診個別検診用)**

このことについて、下記のとおり登録したので、乳がん個別検診視触診による検診機関登録実施要領第2第2項の規定に基づき通知いたします。

記

登録医療機関名	所在地	電話番号

(様式第4号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

**乳がん個別検診視触診による検診機関登録事項変更届出書
(視触診個別検診用)**

このことについて、下記のとおり変更がありましたのでお届けいたします。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第5号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

**乳がん個別検診視触診による検診機関登録事項変更通知書
(視触診個別検診用)**

このことについて、下記のとおり変更届出書の提出があったので通知します。

記

医療機関名	変 更 前	変 更 後

(様式第6号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

**乳がん個別検診視触診による検診業務中止届出書
(視触診個別検診用)**

平成 年 月 日をもって、乳がん個別検診視触診による検診業務を中止いたしますので、お届けします。

(様式第7号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

**乳がん個別検診視触診による検診機関登録取消し通知書
(視触診個別検診用)**

平成 年 月 日付で登録した乳がん個別検診視触診による検診機関登録については、下記のとおり登録を取消したので通知する。

記

取消し年月日 平成 年 月 日

(様式第8号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

**乳がん個別検診視触診による検診機関登録取消し通知書
(視触診個別検診用)**

このことについて、下記の医療機関の登録を取消したので通知いたします。

記

医療機関名	所在地	取消し年月日

乳がん個別検診
視触診・マンモグラフィ併用による検診機関
登録実施要領

各 様 式

乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録実施要領

(登録の目的)

第1 視触診・マンモグラフィ併用による乳がん個別検診を担当する医療機関(以下「マンモグラフィ検診機関」という。)の登録は、視触診・マンモグラフィ併用による乳がん個別検診を行うこととなった受診者に対して、責任ある検査を迅速かつ正確に実施できる診療体制を確立することを目的とする。

(登録の手続き)

第2 登録を受けようとする医療機関は、「乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録申請書(併用個別検診用)」(様式第1号 以下「申請書」という。)を郡市医師会を経由して社団法人福井県医師会長(以下「会長」という。)に提出しなければならない。

2 会長は、申請書を受理したときは、速やかに専門部会にて審査をし、登録の適否を決定し、その結果を当該医療機関および財団法人福井県健康管理協会(以下「協会」という。)に「乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録通知書(併用個別検診用)」(様式第2号、様式第3号)により通知しなければならない。

3 登録の有効期間は、原則として2年間とする。但し、年度途中の登録の場合は、登録を決定した日の属する年度の翌年度末までとする。なお、第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

(登録要件)

第3 登録を受けようとする医療機関は、原則として次号に掲げる視触診による検診機関登録要件とマンモグラフィによる検診機関登録要件を満たすものであり、福井県がん検診精度管理委員会の審査を受けなければならない。

2 視触診による検診機関登録要件

福井県がん検診精度管理委員会が主催・共催する乳がん視触診講習会を受講した医師が勤務していること。

3 マンモグラフィによる検診機関登録要件

登録を受けようとする医療機関は、次の各号に掲げる要件のすべてを満たさなければならない。

一 NPO 法人マンモグラフィ検診精度管理中央委員会(以下「精中委」という。)の施設画像評価に合格していること。

二 精中委が主催・共催する読影講習会又はこれに準ずる講習会を修了し、読影試験をA又はB判定で修了した医師が勤務していること。

三 精中委が主催・共催するマンモグラフィ撮影技術講習会を修了し、撮影技術試験をA又はB判定で修了した診療放射線技師または医師が勤務していること。

(変更の届出)

第4 登録医療機関は、申請書の記載事項に変更があったときには、速やかに「乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録事項変更届出書(併用個別検診用)」(様式第4号 以下「変更届出書」という。)により速やかに会長に届け出なければならない。

- 2 会長は、変更届出書を受理したときには、「乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録事項変更通知書（併用個別検診用）」（様式第5号）により速やかに協会に通知しなければならない。

（検診業務中止の届出）

- 第5 登録医療機関は、精密検診業務を中止しようとするときには、「乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診業務中止届出書（併用個別検診用）」（様式第6号 以下「中止届出書」という。）により速やかに会長に届け出なければならない。

（登録の抹消）

- 第6 会長は登録医療機関が第3に掲げる事項のいずれかを欠くに至ったと認めるとき、または中止届出書の提出があったときには、その登録を取消すものとする。
 - 2 会長は、前項の規定により登録を取消したときには、その結果を当該医療機関および協会に「乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録取消し通知書（併用個別検診用）」（様式第7号、様式第8号）により通知しなければならない。

（責務）

- 第7 登録医療機関は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。
 - 一 検診終了後、「乳房検診票<個別>」「マンモグラム所見票<個別>」を、利用券とともにすみやかに所定の封筒にて、協会へ郵送すること。
 - 二 検査所見、撮影フィルム（以下「撮影フィルム等」という）は、検診後5年以上保存すること。
 - 三 福井県がん検診精度管理委員会が必要と認めた場合は、関係者への標本等の検索、閲覧及び貸与等に応じること。
 - 四 登録医療機関の検診業務に従事する医師および放射線技師は、福井県がん検診精度管理委員会が承認した研修会（対象となる研修会は以下のとおり）のいずれかに年1回出席すること。
 - ①マンモグラフィ読影研修会（年6回）
 - ②乳房検診研修会（年1回）
 - ③その他、福井県がん検診精度管理委員会が承認する研修会（不定期）

(様式第1号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

**乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録申請書
(併用個別検診用)**

乳がん個別検診の目的を理解し、乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録実施要領第7に掲げる事項を遵守しますので、検診機関として登録して下さるよう申請いたします。

なお、同要領第3に掲げる設備等については、別記調書のとおりであります。

郡市医師会承認印

**乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による
検診登録医療機関附属調書**

1 視触診講習会等の受講

講習会の名称	講習会場名	受講日時	受講者名

2 乳房エックス線撮影装置（台）

メーカー名	型式	設置年月日

3 読影医（名）

氏名	読影講座受講年月日	読影評価認定年月日

※読影講座修了証・読影資格認定証の写しを添付すること

4 認定診療放射線技師（名）

氏名	撮影講習受講年月日	撮影評価認定年月日

※撮影技術研修修了証・撮影資格認定証の写しを添付すること

5 マンモグラフィ検診施設画像認定 ※精中委の認定通知の写しを添付

画像評価認定年月日	平成	年	月	日
-----------	----	---	---	---

6 検診の予約

要

不要

※要予約の場合は連絡先及び担当者名を記入

(検診予約電話番号：

担当者名：)

7 検診実施可能人員数および曜日

週 人 (1日 人) (曜日)

(様式第2号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

**乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録通知書
(併用個別検診用)**

平成 年 月 日付で申請のあった乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録については下記のとおり登録したので通知する。

なお、登録の有効期間は乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録実施要領第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

記

登録有効期間 平成 年 月 日 から

平成 年 月 日 まで

(様式第3号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

**乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録について
(併用個別検診用)**

このことについて、下記のとおり登録したので、乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録実施要領第2第2項の規定に基づき通知いたします。

記

登録医療機関名	所在地	電話番号

(様式第4号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

**乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録事項変更届出書
(併用個別検診用)**

このことについて、下記のとおり変更がありましたのでお届けいたします。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第5号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

社団法人 福井県医師会長

**乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録事項変更通知書
(併用個別検診用)**

このことについて、下記のとおり変更届出書の提出があったので通知します。

記

医療機関名	変 更 前	変 更 後

(様式第6号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

**乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診業務中止届出書
(併用個別検診用)**

平成 年 月 日をもって、乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診業務を中止いたしますので、お届けします。

(様式第7号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

**乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録取消し通知書
(併用個別検診用)**

平成 年 月 日付で登録した乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録については、下記のとおり登録を取消したので通知する。

記

取消し年月日 平成 年 月 日

(様式第8号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

**乳がん個別検診視触診・マンモグラフィ併用による検診機関登録取消し通知書
(併用個別検診用)**

このことについて、下記の医療機関の登録を取消したので通知いたします。

記

医療機関名	所在地	取消し年月日

乳がん精密検査機関登録実施要領

各 様 式

乳がん精密検査機関登録実施要領

(登録の目的)

第1 乳がん検診の精密検査を担当する医療機関（以下「乳がん精密検査機関」という。）の登録は、乳がん検診の結果精密検査を要することとなった受診者に対して、責任ある検査を迅速かつ正確に実施できる診療体制を確立することを目的とする。

(登録の手続き)

第2 登録を受けようとする医療機関は、「乳がん精密検査機関登録申請書」（様式第1号 以下「申請書」という。）を郡市医師会を經由して社団法人福井県医師会長（以下「会長」という。）に提出しなければならない。

2 会長は、申請書を受理したときは、速やかに専門部会にて審査をし、登録の適否を決定し、その結果を当該医療機関および財団法人福井県健康管理協会（以下「協会」という。）に「乳がん精密検査機関登録通知書」（様式第2号、様式第3号）により通知しなければならない。

3 登録の有効期間は、原則として2年間とする。但し、年度途中の登録の場合は、登録を決定した日の属する年度の翌年度末までとする。なお、第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

(登録要件)

第3 登録を受けようとする医療機関は、原則として次の各号に掲げるすべての要件を満たすものであり、福井県がん検診精度管理委員会の審査を受けなければならない。

- 一 NPO 法人マンモグラフィ検診精度管理中央委員会(以下「精中委」という。)の施設画像評価に合格していること。
- 二 精中委が主催・共催する読影講習会又はこれに準ずる講習会を修了し、読影試験を A 又は B 判定で修了した医師が勤務していること。
- 三 精中委が主催・共催するマンモグラフィ撮影技術講習会を修了し、撮影技術試験を A 又は B 判定で修了した診療放射線技師または医師が勤務していること。
- 四 乳がん診断用超音波装置（使用周波数 10 MHz 以上）を保有すること。
- 五 細胞診・針生検が可能で、病理診断医が勤務しているか、診断医との契約ができており、診断可能な機関であること。

(変更の届出)

第4 登録医療機関は、申請書の記載事項に変更があったときには、速やかに「乳がん精密検査機関登録事項変更届出書」（様式第4号 以下「変更届出書」という。）により速やかに会長に届け出なければならない。

2 会長は、変更届出書を受理したときには、「乳がん精密検査機関登録事項変更通知書」（様式第5号）により速やかに協会に通知しなければならない。

(精密検査業務中止の届出)

第5 登録医療機関は、精密検査業務を中止しようとするときには、「乳がん精密検査業務中止届出書」（様式第6号 以下「中止届出書」という。）により速

やかに会長に届け出なければならない。

(登録の抹消)

第6 会長は登録医療機関が第3に掲げる事項のいずれかを欠くに至ったと認めるとき、又は中止届出書の提出があったときには、その登録を取消すものとする。

2 会長は、前項の規定により登録を取消したときには、その結果を当該医療機関および協会に「乳がん精密検査機関登録取消し通知書」(様式第7号、様式第8号)によりに通知しなければならない。

(責務)

第7 登録医療機関は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。

- 一 精密検査の結果を「乳がん精密検査結果報告書」により速やかに協会へ報告すること。
- 二 精密検査の結果受診者に医学的処置を行った場合は、症例報告書により、その結果を協会に連絡すること。
- 三 検査所見、撮影フィルムならびに各種標本などは、検査後5年以上保存し、必要に応じて直ちに再検索(関係者のみ)に応ずること。
- 四 福井県がん検診精度管理委員会が必要と認めた場合は、関係者への標本等の検索、閲覧及び貸与等に応じること。
- 五 登録医療機関の精密検査に従事する医師および放射線技師は、福井県がん検診精度管理委員会が承認した研修会(対象となる研修会は以下のとおり)のいずれかに年1回出席すること。
 - ①マンモグラフィ読影研修会(年6回)
 - ②乳房検診研修会(年1回)
 - ③その他、福井県がん検診精度管理委員会が承認する研修会(不定期)

(様式第 1 号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

乳がん精密検査機関登録申請書

乳がん検診の目的を理解し、乳がん精密検査機関登録実施要領第 7 に掲げる事項を遵守しますので、精密検査機関として登録して下さるよう申請いたします。

なお、同要領第 3 に掲げる設備および精密検査を担当する責任者等は別記調書のとおりであります。

郡市医師会承認印

乳がん精密検査機関登録申請附属調書

1 乳房エックス線撮影装置 (台)

メーカ一名	型 式	設 置 年 月 日

2 読影医 (名)

氏 名	読影講座受講年月日	読影評価認定年月日

※読影講座修了証・読影資格認定証の写しを添付すること

3 認定診療放射線技師 (名)

氏 名	撮影講習受講年月日	撮影評価認定年月日

※撮影技術研修修了証・撮影資格認定証の写しを添付すること

4 専用探触子による超音波検査装置 (台)

メーカ一名	型 式	設 置 年 月 日

5 細胞診、生検の病理診断医氏名

氏	名	
---	---	--

※上記の医師がいない場合は、

委託機関所在地	
名	称
病理診断医	

6 マンモグラフィ検診施設画像認定 ※精中委の認定通知の写しを添付

画像評価認定年月日	平成	年	月	日
-----------	----	---	---	---

7 検査の予約

要

不要

※要予約の場合は連絡先及び担当者名を記入
(検診予約電話番号：

担当者名：)

8 検査実施可能人員数および曜日

週 人 (1日 人) (曜日)

(様式第2号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

乳がん精密検査機関登録通知書

平成 年 月 日付で申請のあった乳がん精密検査機関登録については下記のとおり登録したので通知する。

なお、登録の有効期間は乳がん精密検査機関登録実施要領第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

記

登録有効期間	平成	年	月	日	から
	平成	年	月	日	まで

(様式第3号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

乳がん精密検査機関登録について

このことについて、下記のとおり登録したので、乳がん精密検査機関登録実施要領第2第2項の規定に基づき通知いたします。

記

登録医療機関名	所在地	電話番号

(様式第4号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

乳がん精密検査機関登録事項変更届出書

このことについて、下記のとおり変更がありましたのでお届けいたします。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第5号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

乳がん精密検査機関登録事項変更通知書

このことについて、乳がん精密検査機関から下記のとおり変更届出書の提出がありましたので通知いたします。

記

医療機関名	変 更 前	変 更 後

(様式第6号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

乳がん精密検査業務中止届出書

平成 年 月 日をもって、乳がん精密検査業務を中止いたしますので、
お届けします。

(様式第7号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

乳がん精密検査機関登録取消し通知書

平成 年 月 日付で登録した乳がん精密検査機関登録については、下記のとおり登録を取消したので通知する。

記

取消し年月日 平成 年 月 日

(様式第8号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

乳がん精密検査機関登録取消し通知書

このことについて、下記の医療機関の登録を取消したので通知いたします。

記

医療機関名	所在地	取消し年月日

子宮がん個別検診機関登録実施要領

各様式

子宮がん個別検診機関登録実施要領

(目的)

第1 この要領は子宮がん個別検診を実施する医療機関の登録の要件を定め、もって検診の精度管理を図るとともに個別検診の円滑な推進に寄与することを目的とする。

(登録の手続)

第2 登録を受けようとする医療機関は、「子宮がん個別検診機関登録申請書」(様式第1号 以下「申請書」という。)を、郡市医師会を經由して社団法人福井県医師会会長(以下「会長」という。)に提出しなければならない。

2 会長は、申請書を受理したときは、速やかに専門部会にて審査をし、登録の適否を決定し、その結果を当該医療機関及び財団法人福井県健康管理協会(以下「協会」という。)に「子宮がん個別検診機関登録通知書」(様式第2号、様式第3号)により通知しなければならない。

3 登録の有効期間は、原則として2年間とする。但し、年度途中の登録の場合は、登録を決定した日の属する年度の翌年度末までとする。なお、第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

(登録要件)

第3 登録を受けようとする医療機関は、次の各号に掲げる要件を満たすものであり、福井県がん検診精度管理委員会の審査を受けなければならない。

- 一 ガイドラインに沿った細胞採取ができること。
- 二 ガイドラインに沿った材料の塗抹手技ができること。
- 三 集団検診の出務に協力することが望ましい。

(変更の届出)

第4 登録医療機関は、申請書の記載事項に変更があったときには、速やかに「子宮がん個別検診機関登録事項変更届書」(様式第4号 以下「変更届出書」という。)により速やかに会長に届け出なければならない。

2 会長は、変更届出書を受理したときには、「子宮がん個別検診機関登録事項変更通知書」(様式第5号)により速やかに協会に通知しなければならない。

(検診業務中止の届出)

第5 登録医療機関は、検診業務を中止しようとするときには、「子宮がん個別検診業務中止届出書」(様式第6号 以下「中止届出書」という。)により速やかに会長に届け出なければならない。

(登録の抹消)

第6 会長は、登録医療機関が第3に掲げる事項のいずれかを欠くに至ったと認めるとき、または中止届出書の提出があったときには、その登録を取消すものとする。

2 会長は、前項の規定により登録を取消したときには、その旨を「子宮がん個別

検診機関登録取消し通知書」(様式第7号、様式第8号)により、協会及び当該医療機関に通知しなければならない。

(責務)

第7 登録医療機関は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。

- 一 実施要領に基づき、迅速かつ正確に実施すること。
- 二 登録医療機関の検診に従事する医師は、福井県がん検診精度管理委員会が承認した研修会(対象となる研修会は以下のとおり)のいずれかに年1回出席すること。
 - ①福井県産婦人科医師連合総会講演会(年1回)
 - ②福井婦人科悪性腫瘍研究会(年1回)
 - ③福井県産婦人科医師連合臨床研修会(年2回)
 - ④日本臨床細胞学会福井県支部学術集会(年1回)
 - ⑤その他、福井県がん検診精度管理委員会承認する研修会(不定期)

(様式第 1 号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

子宮がん個別検診機関登録申請書

子宮がん個別検診の目的を理解し、子宮がん個別検診機関登録実施要領第 3 及び第 7 に掲げる事項を遵守しますので、個別検診機関として登録して下さるよう申請します。

郡市医師会承認印

(様式第2号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

子宮がん個別検診機関登録通知書

平成 年 月 日付けで申請のあった、子宮がん個別検診機関登録については、下記のとおり登録したので通知する。

なお、登録の有効期間は子宮がん個別検診機関登録実施要領第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

記

登録有効期間	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで

(様式第3号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

子宮がん個別検診機関の登録について

このことについて、下記のとおり登録したので子宮がん個別検診機関登録実施要領第2第2項の規定に基づき通知します。

記

登録医療機関名	所在地	電話番号

(様式第4号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

子宮がん個別検診機関登録事項変更届出書

このことについて、下記のとおり変更がありましたのでお届けします。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第5号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

子宮がん個別検診機関登録事項変更通知書

このことについて、下記のとおり変更届出書の提出があったので通知します。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第6号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

子宮がん個別検診業務中止届出書

平成 年 月 日をもって、子宮がん個別検診業務を中止いたしますのでお届けします。

(様式第7号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

子宮がん個別検診機関登録取消し通知書

平成 年 月 日付で登録した子宮がん個別検診による検診機関登録については、下記のとおり登録を取消したので通知する。

記

取消し年月日 平成 年 月 日

(様式第8号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

子宮がん個別検診機関登録取消し通知書

このことについて、下記の医療機関の登録を取消したので通知します。

記

医療機関名	所在地	取消し年月日

子宮がん精密検査機関登録実施要領

各様式

子宮がん精密検査機関登録実施要領

(登録の目的)

第1 子宮がん検診の精密検査を担当する医療機関（以下「子宮がん精密検査機関」という。）の登録は、子宮がん検診の結果精密検査を要することとなった受診者に対して、責任ある検査を迅速かつ正確に実施できる診療体制を確立することを目的とする。

(登録の手続)

第2 登録を受けようとする医療機関は、「子宮がん精密検査機関登録申請書」（様式第1号 以下「申請書」という。）を、郡市医師会を經由して社団法人福井県医師会長（以下「会長」という。）に提出しなければならない。

2 会長は、申請書を受理したときは、速やかに専門部会にて審査をし、登録の適否を決定し、その結果を当該医療機関及び財団法人福井県健康管理協会（以下「協会」という。）に「子宮がん精密検査機関登録通知書」（様式第2号、様式第3号）により通知しなければならない。

3 登録の有効期間は、原則として2年間とする。但し、年度途中の登録の場合は、登録を決定した日の属する年度の翌年度末までとする。なお、第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

(登録要件)

第3 登録を受けようとする医療機関は、次の各号に掲げる要件を満たすものであり、福井県がん検診精度管理委員会の審査を受けなければならない。

- 一 コルポスコープを保有していること。
- 二 公益社団法人日本産科婦人科学会専門医が勤務していること。

(変更の届出)

第4 登録医療機関は、申請書の記載事項に変更があったときには、速やかに「子宮がん精密検査機関登録事項変更届出書」（様式第4号 以下「変更届出書」という。）により速やかに会長に届け出なければならない。

2 会長は、変更届出書を受理したときには、「子宮がん精密検査機関登録事項変更通知書」（様式第5号）により速やかに協会に通知しなければならない。

(検査業務中止の届出)

第5 登録医療機関は、子宮がん精密検査業務を中止しようとするときには、「子宮がん精密検査業務中止届出書」（様式第6号 以下「中止届出書」という。）により速やかに会長に届け出なければならない。

(登録の抹消)

第6 会長は、登録医療機関が第3に掲げる事項のいずれかを欠くに至ったと認めるとき、または中止届出書の提出があったときには、その登録を取消すものとする。

2 会長は、前項の規定により登録を取消したときには、その旨を「子宮がん精密

検査機関登録取消し通知書」(様式第7号、様式第8号)により、協会及び当該医療機関に通知しなければならない。

(責務)

第7 登録医療機関は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。

- 一 精密検査の結果を「子宮がん精密検査結果報告書」により速やかに協会に報告すること。
- 二 精密検査の結果、受診者に医学的処置を行った場合には、その結果を協会へ報告すること。
- 三 検査所見及び各種標本等(以下「標本等」という。)は、検査後5年以上保存すること。
- 四 福井県がん検診精度管理委員会が必要と認めた場合は、関係者への標本等の検索、閲覧及び貸与等に応じること。
- 五 登録医療機関の検診に従事する医師は、福井県がん検診精度管理委員会が承認した研修会(対象となる研修会は以下のとおり)のいずれかに年1回出席すること。
 - ①福井県産婦人科医師連合総会講演会(年1回)
 - ②福井婦人科悪性腫瘍研究会(年1回)
 - ③福井県産婦人科医師連合臨床研修会(年2回)
 - ④日本臨床細胞学会福井県支部学術集会(年1回)
 - ⑤その他、福井県がん検診精度管理委員会承認する研修会(不定期)

(様式第1号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

子宮がん精密検査機関登録申請書

子宮がん検診の目的を理解し、子宮がん精密検査機関登録実施要領第3及び第7に掲げる事項を遵守しますので、精密検査機関として登録して下さるよう申請します。

なお、同要領第3に掲げる設備および精密検査を担当する責任者等は別記調書のとおりであります。

郡市医師会承認印

子宮がん精密検査機関登録申請附属調書

1 医療設備の保有状況

コルポスコープ

メーカー名		
型 式		

2 検査担当医師名

氏 名	診 療 科 目	備 考

3 検査の予約

要

不要

※要予約の場合は連絡先及び担当者名を記入

(検査予約電話番号：

担当者名：)

4 検査実施可能人員数および曜日

週 人 (1日 人) (曜日)

(様式第2号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

子宮がん精密検査機関登録通知書

平成 年 月 日付けで申請のあった、子宮がん精密検査機関登録については、下記のとおり登録したので通知する。

なお、登録の有効期間は子宮がん精密検査機関登録実施要領第3に掲げる要件に変更がない限り更に2年間延長し、以降同様とする。

記

登録有効期間	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで

(様式第3号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

子宮がん精密検査機関の登録について

このことについて、下記のとおり登録したので子宮がん精密検査機関登録実施要領第2第2項の規定に基づき通知します。

記

登録医療機関名	所在地	電話番号

(様式第4号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

子宮がん精密検査機関登録事項変更届出書

このことについて、下記のとおり変更がありましたのでお届けいたします。

記

変 更 前	変 更 後

(様式第5号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

子宮がん精密検査機関登録事項変更通知書

このことについて、下記のとおり変更届出書の提出があったので通知いたします。

記

医療機関名	変 更 前	変 更 後

(様式第6号)

平成 年 月 日

福井県医師会長 殿

医療機関所在地 〒

医療機関名称

(電話番号)

代表者氏名

印

子宮がん精密検査業務中止届出書

平成 年 月 日をもって、子宮がん精密検査業務を中止いたしますのでお届けします。

(様式第7号)

平成 年 月 日

殿

福井県医師会長

子宮がん精密検査機関登録取消し通知書

平成 年 月 日付で登録した子宮がん精密検査機関登録については、下記のとおり登録を取消したので通知する。

記

取消し年月日 平成 年 月 日

(様式第8号)

平成 年 月 日

福井県健康管理協会 殿

福井県医師会長

子宮がん精密検査機関登録取消し通知書

このことについて、下記の医療機関の登録を取消したので通知します。

記

医療機関名	所在地	取消し年月日