別記様式１

乳がん精密検診機関届　新基準

令和　　年　　月　　日

岡山県生活習慣病検診等管理指導協議会乳がん部会長　殿

名　　　称

代表者氏名

所　在　地

電話番号

市町村が住民に対して実施する乳がん検診の精密検診機関として、次のとおり届け

出ます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　乳がん診断担当医師 | | | | |
| 氏　　　名 | 勤務形態 | 精中機構が開催する講習会の  修了判定 | | 日本乳癌学会の  乳腺認定医又は  乳腺専門医資格 |
| マンモグラフィ読影 | 超音波検査  実施・判定 |
|  | 常勤  非常勤 | Ａ・Ｂ  その他 | Ａ・Ｂ  その他 | 認定医：番号（　　　　　　）  専門医：番号（　　　　　　） |
|  | 常勤  非常勤 | Ａ・Ｂ  その他 | Ａ・Ｂ  その他 | 認定医：番号（　　　　　　）  専門医：番号（　　　　　　） |
|  | 常勤  非常勤 | Ａ・Ｂ  その他 | Ａ・Ｂ  その他 | 認定医：番号（　　　　　　）  専門医：番号（　　　　　　） |
|  | 常勤  非常勤 | Ａ・Ｂ  その他 | Ａ・Ｂ  その他 | 認定医：番号（　　　　　　）  専門医：番号（　　　　　　） |
| ２　診療及び指導体制（乳腺認定医のみ常勤の場合） | | | | |
| 乳腺専門医による定期的な診療及び指導体制に  ついて | | | 有　専門医名（　　　　　　　）　無 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　目 | 基　　　　準 | 内容等 |
| ３　乳房Ｘ線撮影装置について | 機種名及び型式 |  |
| メーカー名 |  |
| 線　　　量 | ｍＧｙ以下 |
| 購入年月日 |  |
| 日本医学放射線学会の定める仕様基準 | 満たしている　・　満たしていない |
| 項　　　　目 | 基　　　　準 | 氏名・内容等 |
| ４　撮影技術講習会の受講、施設画像評価について | ①精中機構が開催する乳房Ｘ線撮影に関する撮影技術講習会の修了判定について | 診療放射線技師（常勤）・医師（常勤）  氏　名  講習会修了判定　　Ａ・Ｂ |
| 診療放射線技師（常勤）・医師（常勤）  氏　名  講習会修了判定　　Ａ・Ｂ |
| 診療放射線技師（常勤）・医師（常勤）  氏　名  講習会修了判定　　Ａ・Ｂ |
| ②精中機構施設・画像評価委員会の評価基準に合格しているか | している　・　していない |
| ５　乳腺精密検査用超音波診断装置及び乳腺精密検査用超音波探触子について | 乳腺精密検査用超音波診断装置 | |
| 機種名及び型式 |  |
| メーカー名 |  |
| 購入年月日 |  |
| 乳腺精密検査用超音波探触子 | |
| 型式 |  |
| 周波数帯域 | ～　　　　　ＭＨｚ |
| ６　細胞診・生検の病理診断について | ①細胞診・生検の病理診断医 | 氏　名  学会認定の病理診断医である |
| ②病理診断医との契約の有無 | 有　・無  契約先名  担当医氏名 |

（注１）１、４の①については、講習会の修了判定が確認できる書類の写しを添付すること。

（注２）１については乳腺認定医（乳腺専門医）であることを証する書類の写しを添付すること。

（注３）２については乳腺専門医の定期的な診療及び指導体制を有していることを、施設長及び専門医名で証する書類を添付すること。（任意様式）

（注４）４の②については合格を示す書類の写しを添付すること。

（注５）６の①については学会認定の病理診断医であることを証する書類の写しを添付すること。②については契約書の写しを添付すること。

（注６）□には、該当するものに「✓」を入れること。