

和歌山県乳がん検診精密検査協力医療機関登録要領 新旧対照表

新	旧
<p style="text-align: center;">和歌山県乳がん検診精密検査協力医療機関登録要領</p> <p>1 目的 (省略)</p> <p>2 登録の要件 (省略)</p> <p>3 新規登録手続 (1) 名簿への登録を希望する医療機関は、<u>様式1</u>により和歌山県福祉保健部健康局健康推進課(以下「健康推進課」とする。)に申請する。 (2) 県は、申請書類を速やかに精査した上で、和歌山県生活習慣病検診管理指導協議会乳がん部会において登録の可否について審査を行い、県が登録を決定する。 (3) 県は、<u>登録が決定した医療機関を名簿に追加し</u>、市町村及び関係機関に配付するとともに、ホームページ上に掲載する。</p> <p>4 登録の更新 (1) 登録の更新は、原則として<u>3年毎</u>に行うものとし、<u>更新を希望する医療機関は健康推進課が指定する期日までに様式1</u>により申請する。 (2) 県は、登録の更新の可否について申請書類を速やかに審査した上で、決定する。</p> <p>5 登録内容の変更及び登録の取消 (1) 登録された医療機関は、登録内容に変更が生じた場合は様式2により、登録の辞退を希望する場合は様式3により、それぞれ健康推進課に届け出る。 (2) 登録された医療機関が要件を満たさないことが判明した場合、県は登録の取消または是正指導を行うことがある。</p> <p>6 その他 この要領に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。</p> <p>附 則 この要領は、平成28年1月1日から施行する。 この要領は、令和2年1月1日から施行する。 この要領は、令和4年4月1日から施行する。</p>	<p style="text-align: center;">和歌山県乳がん検診精密検査協力医療機関登録要領</p> <p>1 目的 (省略)</p> <p>2 登録の要件 (省略)</p> <p>3 登録手続 ①名簿への登録を希望する医療機関は、<u>原則として、和歌山県健康福祉部健康局健康推進課(以下「健康推進課」とする。)</u>が指定する期日までに様式1により申請する。 ②県は、申請書類を速やかに精査した上で、和歌山県生活習慣病検診管理指導協議会乳がん部会において登録の可否について審査を行い、県が登録を決定する。 ③県は、登録を決定したものの名簿を作成し、市町村及び関係機関に配付するとともに、ホームページ上に掲載する。 ④登録された医療機関は、登録内容に変更が生じた場合は様式2により、登録の辞退を希望する場合様式3により、それぞれ健康推進課に届け出る。 ⑤登録された医療機関が要件を満たさないことが判明した場合、県は登録の取消または是正指導を行うことがある。</p> <p>4 登録の更新 登録の更新は、原則として<u>2年毎</u>に行うものとし、<u>更新手続きは新規登録手続きに準じて行う。</u></p> <p>5 その他 この要領に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。</p> <p>附 則 この要領は、平成28年1月1日から施行する。 この要領は、令和2年1月1日から施行する。</p>

新

年 月 日 様式1

和歌山県福祉保健部健康局
健康推進課長 様

医療機関名
代表者名

和歌山県乳がん検診精密検査協力医療機関登録申請書 (新規・更新)

当医療機関は、和歌山県乳がん検診精密検査協力医療機関登録要領 (以下「要領」という) に基づき下記のとおり申請します。なお、要領の2に記載する要件をすべて満たすことに相違ありません。

記

医療機関名					
住所					
電話番号					
問診・視触診	実施の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
診断用 乳房エックス線検査	実施の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
	機種型番				
	購入年				
診断用 超音波検査	実施の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
	機種型番				
	購入年				
穿刺吸引細胞診	実施の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
針生検	実施の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
吸引式組織生検 <small>※1 不可能な場合は、実施可能な施設と連携できれば良い</small>	実施の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 ^{※1}			
	連携施設名				
外科的生検 <small>※2 不可能な場合は、実施可能な施設と連携できれば良い</small>	実施の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 ^{※2}			
	連携施設名				
細胞診・組織診 精密検査担当医師 <small>※3 専門資格取得が望ましい</small>	医師名	担当科	勤務体制 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	専門資格等 ^{※3} <input type="checkbox"/> 日本乳癌学会の乳腺専門医 <input type="checkbox"/> 日本乳癌学会の乳腺認定医	
			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 日本乳癌学会の乳腺専門医 <input type="checkbox"/> 日本乳癌学会の乳腺認定医	
乳房エックス線検査 担当者 <small>※4 読影は評価B以上が必須 撮影は評価B以上が必須</small>	担当業務	担当者名	担当科	勤務体制	講習会の評価 ^{※4}
	<input type="checkbox"/> 読影 <input type="checkbox"/> 撮影			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 講習会評価B以上【 [※] 】
	<input type="checkbox"/> 読影 <input type="checkbox"/> 撮影			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 講習会評価B以上【 [※] 】
超音波検査担当者 <small>※5 専門資格が望ましい ※6 講習会評価B以上が望ましい</small>	担当者名	担当科	勤務体制	専門資格 ^{※5} ・講習会の評価 ^{※6}	
			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 超音波専門医 <input type="checkbox"/> 超音波検査士 <input type="checkbox"/> 講習会評価B以上【 [※] 】	
			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 超音波専門医 <input type="checkbox"/> 超音波検査士 <input type="checkbox"/> 講習会評価B以上【 [※] 】	
精中機構のマノグラフィ検診施設画像認定施設である	<input type="checkbox"/> 認定施設 <input type="checkbox"/> 認定施設でない				
精検結果を一次検診機関または市町村に報告できる	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能				
和歌山県乳がん部会に協力できる	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能				
学会実施基準に定める内容を満たすことができる	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能				

※添付書類は、別紙をご確認ください

旧

年 月 日 様式1

和歌山県福祉保健部健康局
健康推進課長 様

医療機関名
代表者名

印

和歌山県乳がん検診精密検査協力医療機関登録申請書

当医療機関は、和歌山県乳がん検診精密検査協力医療機関登録要領 (以下「要領」という) に基づき下記のとおり申請します。なお、要領の2に記載する要件をすべて満たすことに相違ありません。

記

医療機関名					
住所					
電話番号					
問診・視触診	実施の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
診断用 乳房エックス線検査	実施の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
	機種型番				
	購入年				
診断用 超音波検査	実施の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
	機種型番				
	購入年				
穿刺吸引細胞診	実施の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
針生検	実施の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
吸引式組織生検 <small>※1 不可能な場合は、実施可能な施設と連携できれば良い</small>	実施の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 ^{※1}			
	連携施設名				
外科的生検 <small>※2 不可能な場合は、実施可能な施設と連携できれば良い</small>	実施の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 ^{※2}			
	連携施設名				
細胞診・組織診 精密検査担当医師 <small>※3 専門資格取得が望ましい</small>	医師名	担当科	勤務体制	専門資格等 ^{※3} <input type="checkbox"/> 日本乳癌学会の乳腺専門医 <input type="checkbox"/> 日本乳癌学会の乳腺認定医	
			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 日本乳癌学会の乳腺専門医 <input type="checkbox"/> 日本乳癌学会の乳腺認定医	
乳房エックス線検査 担当者 <small>※4 読影は評価B以上が必須 撮影は評価B以上が必須</small>	担当業務	担当者名	担当科	勤務体制	講習会の評価 ^{※4}
	<input type="checkbox"/> 読影 <input type="checkbox"/> 撮影			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 講習会評価B以上【 [※] 】
	<input type="checkbox"/> 読影 <input type="checkbox"/> 撮影			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 講習会評価B以上【 [※] 】
超音波検査担当者 <small>※5 専門資格が望ましい ※6 講習会評価B以上が望ましい</small>	担当者名	担当科	勤務体制	専門資格 ^{※5} ・講習会の評価 ^{※6}	
			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 超音波専門医 <input type="checkbox"/> 超音波検査士 <input type="checkbox"/> 講習会評価B以上【 [※] 】	
			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 超音波専門医 <input type="checkbox"/> 超音波検査士 <input type="checkbox"/> 講習会評価B以上【 [※] 】	
精中機構のマノグラフィ検診施設画像認定施設である	<input type="checkbox"/> 認定施設 <input type="checkbox"/> 認定施設でない				
精検結果を一次検診機関または市町村に報告できる	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能				
和歌山県乳がん部会に協力できる	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能				
学会実施基準に定める内容を満たすことができる	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能				

※添付書類は、別紙をご確認ください

新	旧
<p>別紙</p> <p>添付書類</p> <p>細胞診・組織診の精密検査担当医師 ○日本乳癌学会の乳腺専門医もしくは認定医を証明する書類【任意】</p> <p>乳房エックス線検査読影担当者 ○マンモグラフィ読影認定医師を証明する書類【必須】</p> <p>乳房エックス線検査撮影担当者 ○マンモグラフィ撮影認定診療放射線技師を証明する書類【必須】</p> <p>超音波検査担当者 ○日本超音波医学会の超音波専門医(総合・乳腺)もしくは検査士(体表)を証明する書類【任意】 ○超音波検査実施・判定医師を証明する書類【任意】</p> <p>施設認定 ○マンモグラフィ検診施設画像認定施設を照明する書類【必須】</p>	<p>別紙</p> <p>添付書類</p> <p>細胞診・組織診の精密検査担当医師 ○日本乳癌学会の乳腺専門医もしくは認定医を証明する書類【任意】</p> <p>乳房エックス線検査読影担当者 ○マンモグラフィ読影認定医師を証明する書類【必須】</p> <p>乳房エックス線検査撮影担当者 ○マンモグラフィ撮影認定診療放射線技師を証明する書類【必須】</p> <p>超音波検査担当者 ○日本超音波医学会の超音波専門医(総合・乳腺)もしくは検査士(体表)を証明する書類【任意】 ○超音波検査実施・判定医師を証明する書類【任意】</p> <p>施設認定 ○マンモグラフィ検診施設画像認定施設を照明する書類【必須】</p>

新

様式2

年 月 日

和歌山県福祉保健部健康局
健康推進課長 様

医療機関名
代表者名

和歌山県乳がん検診精密検査協力医療機関変更届

下記の内容について変更がありましたので、届け出ます。

記

1 変更内容

変更事項	新	旧

2 変更年月日

3 添付書類

・

旧

様式2

年 月 日

和歌山県福祉保健部健康局
健康推進課長 様

医療機関名
代表者名

印

和歌山県乳がん検診精密検査協力医療機関変更届出書

下記の内容について変更がありましたので、届け出ます。

記

1 変更内容

変更事項	新	旧

2 変更年月日

3 添付書類

新

様式3

年 月 日

和歌山県福祉保健部健康局
健康推進課長 様

医療機関名
代表者名

和歌山県乳がん検診精密検査協力医療機関登録辞退届

このことについて、下記のとおり和歌山県胃がん検診精密検査協力医療機関としての登録を辞退いたします。

記

1 辞退理由

2 登録廃止を希望する年月日

(希望がない場合は、受理をもって名簿から削除します。)

旧

様式3

年 月 日

和歌山県福祉保健部健康局
健康推進課長 様

医療機関名
代表者名

印

和歌山県乳がん検診精密検査協力医療機関辞退届出書

下記のとおり和歌山県乳がん検診精密検査協力医療機関としての登録を辞退します。

記

登録年月日	年 月 日
登録辞退の理由	
登録辞退希望の年月日	年 月 日
備考	