

奈良県疾病対策課 新子 宛 (FAX 0742-27-8262)

## 肺がん検診精密検査医療機関現況調査票

(1) 貴院の精密検査医療機関の登録事項は以下のとおりです。

修正点がありましたら、二重線で修正をいただき、加筆をお願いします。

★ 修正の有無( あり ・ なし )

医療機関名 : &lt;医療機関名称&gt;

所在地 : 〒&lt;〒&gt; &lt;所在地&gt;

電話番号 : &lt;電話番号&gt;

FAX番号 : &lt;FAX 番号&gt;

(2) 貴院の平成31年1月1日現在の状況をご記入下さい。

① 精密検査担当医師名をご記入下さい。

医師名	常勤/非常勤	診療科	専門医等
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤		<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医(呼吸器専門医/呼吸器外科専門医)※ <input type="checkbox"/> その他専門医( ) <input type="checkbox"/> 肺がん診療に携わる医師または放射線科医師
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤		<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医(呼吸器専門医/呼吸器外科専門医)※ <input type="checkbox"/> その他専門医( ) <input type="checkbox"/> 肺がん診療に携わる医師または放射線科医師
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤		<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医(呼吸器専門医/呼吸器外科専門医)※ <input type="checkbox"/> その他専門医( ) <input type="checkbox"/> 肺がん診療に携わる医師または放射線科医師

※呼吸器専門医とは、日本呼吸器学会認定の呼吸器専門医、  
呼吸器外科専門医とは、日本呼吸器外科学会認定の呼吸器外科専門医を指します。

② 検査の実施について

CT	可 ・ 否(委託機関名: )
気管支鏡検査	可 ・ 否(委託機関名: )
組織・細胞診検査	可 ・ 否(委託機関名: )

③ 精密検査医療機関の登録の継続について

市町村がん検診における精密検査医療機関の基準(別紙)を満たす場合、登録継続を希望しますか。

→(希望する ・ 希望しない )

(3) 貴院の市町村がん検診の精密検査実施件数と一次医療機関への結果報告件数をご記入下さい。(平成29年4月1日～平成30年3月31日)

精密検査実施件数	( )件 ・ 不明
そのうち、 結果報告件数 (いずれかに○・記述)	1. ( )件 2. 件数は不明であるが、「精密検査依頼書兼結果通知書」を受理した場合、報告している 3. 結果報告していない →その理由( ) 4. 不明

——(4)～(6)については、取りまとめて関係機関に情報提供を行う予定です。——

(4) 貴院において、市町村がん検診精密検査依頼書兼結果通知書を記入された場合、受診者に文書料を徴収されていますか？該当するものに○をつけて下さい。

※「市町村がん検診精密検査依頼書兼結果通知書」に対する文書料の取り扱いが、精密検査医療機関により差異があります。

1. 徴収していない
2. 徴収している( )円

\* 下記(5)は、該当病院(200床以上の病院)のみご回答ください。

(5) 貴院において、市町村がん検診精密検査のために「市町村がん検診精密検査依頼書兼結果通知書」を持参して受診された場合、選定療養費(初診に係る費用)を徴収されていますか？該当するものに○をつけて下さい。

1. 徴収していない
2. 徴収している( )円

(6) その他、精密検査医療機関に関する意見があれば、ご記載下さい。

( )

\*\*\*\*\* ご協力ありがとうございました \*\*\*\*\*

肺がん検診