

市町村がん検診登録精密医療機関  
現況調査票（案）



奈良県健康づくり推進課 健康推進係 あて

FAX0742-22-5510

## 胃がん検診精密医療機関現況調査票(案)

- (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。  
ご確認頂くとともに、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。

医療機関名 : 《医療機関名称》

所在地 : 〒《〒》 《所在地》

電話番号 : 《電話番号》

FAX番号 : 《FAX番号》

- (2) ①及び②について、貴院の平成 年 月 日現在の状況をご記入下さい。

- ① 胃がん検診精密検査に携わる医師名をご記入下さい。

医師名	日本消化器内視鏡学会専門医	講習会等の参加の有無
	有 ・ 無	有 ・ 無
	有 ・ 無	有 ・ 無
	有 ・ 無	有 ・ 無

( ※講習会とは、がん検診等に関する学会及び委員会主催のがん検診従事者研修会のことである。)

- ② 検査の実施について

胃内視鏡検査	可 ・ 否 (整備予定時期: 年 月頃)
病理組織診検査	可 ・ 否 (委託機関名: )

- (3) 貴院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。

●精密検査実施件数と結果報告件数(平成 年 月 日～平成 年 月 日)

	胃がん
精密検査実施件数	( )件 ・ 不明
内、結果報告件数	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。

(4) 県内市町村がん検診の精密検査に関する、貴院の今後の受け入れの考え方について  
適当なものに○を付して下さい。

<p>1. 現状の精密検査受け入れ数を増やすことが可能</p> <p>2. 現状の精密検査受け入れ数程度でよい。</p> <p>3. 現状の精密検査受け入れ数を少なくして欲しい。</p>
---

(5) 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○を付して下さい。

※ ごく一部の医療機関においては、「市町村がん検診精密検査依頼書兼結果通知書」に対する文書料を受診者に  
徴収されているところがあり、受診者が混乱している事案があります。  
(なお、この情報については公表する予定です。)

<p>1. 徴収していない</p> <p>2. 徴収している (                      円)</p>
--

\*下記(6)は、該当病院(200床以上の病院)のみご回答ください。

(6) 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、特定療養費(初診に係る費用)を徴収されていますか？該当する  
ものに○を付して下さい。(なお、この情報については公表する予定です。)

<p>1. 徴収していない</p> <p>2. 徴収している (                      円)</p>
--

(7) 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。

<p> </p>
----------

\* \* \* \* \* ご協力ありがとうございました \* \* \* \* \*

奈良県健康づくり推進課 健康推進係 あて

FAX0742-22-5510

## 肺がん検診精密医療機関現況調査票(案)

(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。  
 ご確認頂くとともに、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。

医療機関名 : 《医療機関名称》 \_\_\_\_\_

所在地 : 〒《〒》 《所在地》 \_\_\_\_\_

電話番号 : 《電話番号》 \_\_\_\_\_

FAX番号 : 《FAX番号》 \_\_\_\_\_

(2) ①及び②について、貴院の平成 年 月 日現在の状況をご記入下さい。

① 肺がん検診精密検査に携わる医師名をご記入下さい。

医師名	診療科

② 検査の実施について

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

(3) 貴院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。

●精密検査実施件数と結果報告件数(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

	肺がん
精密検査実施件数	( _____ )件 ・ 不明
内、結果報告件数	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。

- (4) 県内市町村がん検診の精密検査に関する、貴院の今後の受け入れの考え方について  
 適当なものに○を付して下さい。

<p>1. 現状の精密検査受け入れ数を増やすことが可能</p> <p>2. 現状の精密検査受け入れ数程度でよい。</p> <p>3. 現状の精密検査受け入れ数を少なくして欲しい。</p>
---

- (5) 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○を付して下さい。

※ ごく一部の医療機関においては、「市町村がん検診精密検査依頼書兼結果通知書」に対する文書料を受診者に  
 徴収されているところがあり、受診者が混乱している事案があります。  
 (なお、この情報については公表する予定です。)

<p>1. 徴収していない</p> <p>2. 徴収している (                          円)</p>
--

\*下記(6)は、該当病院(200床以上の病院)のみご回答ください。

- (6) 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、特定療養費(初診に係る費用)を徴収されていますか？該当する  
 ものに○を付して下さい。(なお、この情報については公表する予定です。)

<p>1. 徴収していない</p> <p>2. 徴収している (                          円)</p>
--

- (7) 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。

<p> </p>
----------

\*\*\*\*\* ご協力ありがとうございました \*\*\*\*\*

奈良県健康づくり推進課 健康推進係 あて

FAX0742-22-5510

## 大腸がん検診精密医療機関現況調査票(案)

- (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。  
ご確認頂くとともに、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。

医療機関名 : 《医療機関名称》

所在地 : 〒《〒》 《所在地》

電話番号 : 《電話番号》

FAX番号 : 《FAX番号》

- (2) ①及び②について、貴院の平成 年 月 日現在の状況をご記入下さい。

- ① 大腸がん検診精密検査に携わる医師名をご記入下さい。

医師名	診療科

- ② 検査の実施について

全大腸内視鏡検査	可 ・ 否
注腸エックス線検査 (二重造影法)	可 ・ 否
S状結腸内視鏡検査	可 ・ 否
組織診検査	可(委託機関名: ) ・ 否

- (3) 貴院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。

- 精密検査実施件数と結果報告件数(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

	大腸がん
精密検査実施件数	( )件 ・ 不明
内、結果報告件数	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。





奈良県健康づくり推進課 健康推進係 あて

FAX0742-22-5510

## 子宮がん検診精密医療機関現況調査票(案)

- (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。  
ご確認頂くとともに、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。

医療機関名 : 《医療機関名称》

所在地 : 〒《〒》 《所在地》

電話番号 : 《電話番号》

FAX番号 : 《FAX番号》

- (2) ①及び②について、貴院の平成 年 月 日現在の状況をご記入下さい。

- ① 子宮がん検診精密検査に携わる医師名をご記入下さい。

医師名	日本産婦人科学会専門医
	有 ・ 無
	有 ・ 無
	有 ・ 無

- ②検査の実施について

検査項目	可	否
コルポスコープ検査		
細胞診検査	可 ・ 否 (委託機関名: )	
組織診検査	可 ・ 否 (委託機関名: )	

- (3) 貴院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。

- 精密検査実施件数と結果報告件数(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

	子宮がん
精密検査実施件数	( )件 ・ 不明
内、結果報告件数	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。

- (4) 県内市町村がん検診の精密検査に関する、貴院の今後の受け入れの考え方について  
適当なものに○を付して下さい。

- |   |
|---|
| <p>1. 現状の精密検査受け入れ数を増やすことが可能</p> <p>2. 現状の精密検査受け入れ数程度でよい。</p> <p>3. 現状の精密検査受け入れ数を少なくして欲しい。</p> |
|---|

- (5) 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○を付して下さい。

※ ごく一部の医療機関においては、「市町村がん検診精密検査依頼書兼結果通知書」に対する文書料を受診者に  
徴収されているところがあり、受診者が混乱している事案があります。  
(なお、この情報については公表する予定です。)

- |  |
|--|
| <p>1. 徴収していない</p> <p>2. 徴収している (                          円)</p> |
|--|

\*下記(6)は、該当病院(200床以上の病院)のみご回答ください。

- (6) 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、特定療養費(初診に係る費用)を徴収されていますか？該当する  
ものに○を付して下さい。(なお、この情報については公表する予定です。)

- |  |
|--|
| <p>1. 徴収していない</p> <p>2. 徴収している (                          円)</p> |
|--|

- (7) 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 \*\*\*\*\*

奈良県健康づくり推進課 健康推進係 あて

FAX0742-22-5510

## 乳がん検診精密医療機関現況調査票(案)

- (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。  
ご確認頂くとともに、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。

医療機関名 : 《医療機関名称》

所在地 : 〒《〒》 《所在地》

電話番号 : 《電話番号》

FAX番号 : 《FAX番号》

- (2) ①及び②について、貴院の平成 年 月 日現在の状況をご記入下さい。

- ① 乳がん検診精密検査に携わる医師名をご記入下さい。

医師名	診療科

- ②検査の実施について

超音波検査	可	・	否
マンモグラフィ検査	可	・	否
穿刺吸引細胞診	可	・	否
針生検 (マンモトームを含む)	可	・	否 (委託機関名: )
摘出生検	可	・	否
MRI	可	・	否 (委託機関名: )
CT	可	・	否 (委託機関名: )

(3) 貴院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。

●精密検査実施件数と結果報告件数(平成 年 月 日～平成 年 月 日)

乳がん	
精密検査実施件数	( )件 ・ 不明
内、結果報告件数	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。

(4) 県内市町村がん検診の精密検査に関する、貴院の今後の受け入れの考え方について  
適当なものに○を付して下さい。

1. 現状の精密検査受け入れ数を増やすことが可能
2. 現状の精密検査受け入れ数程度でよい。
3. 現状の精密検査受け入れ数を少なくして欲しい。

(5) 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○を付して下さい。

※ ごく一部の医療機関においては、「市町村がん検診精密検査依頼書兼結果通知書」に対する文書料を受診者に  
徴収されているところがあり、受診者が混乱している事案があります。  
(なお、この情報については公表する予定です。)

1. 徴収していない
2. 徴収している ( ) 円)

\*下記(6)は、該当病院(200床以上の病院)のみご回答ください。

(6) 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、特定療養費(初診に係る費用)を徴収されていますか？該当する  
ものに○を付して下さい。(なお、この情報については公表する予定です。)

1. 徴収していない
2. 徴収している ( ) 円)

(7) 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 \*\*\*\*\*

市町村がん検診における精密検査医療機関の基準

基本的条件（各がん共通）	その他必要条件	
	胃がん	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 胃内視鏡検査が実施できること。（新規登録医療機関には日本消化器内視鏡学会認定専門医がいること。）</li> <li>② 組織診検査が実施できること。（実施可能な他の医療・検査機関への委託可）</li> <li>③ 関連学会の研修会等に出席すること。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>① 確定診断ができること。</li> <li>② 受診者に結果説明ができること。</li> </ul>	大腸がん	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 全大腸内視鏡検査が実施できること。 またはS状結腸内視鏡検査及び注腸エックス線検査（二重造影法による）の併用による検査が実施できること。 ※注腸エックス線検査のみは認められない。</li> <li>② ①の実施にあたっては、十分な精度管理のもと専門の医師により実施できること。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>③ 一次検査機関（または読影委員会等）に結果報告を行うこと。</li> <li>④ 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（平成20年3月31日付厚生労働省健康局長通知健発第0331058号）」の内容に従えること。</li> </ul>	子宮がん	<ul style="list-style-type: none"> <li>① コルポスコピー検査が実施できること。</li> <li>② 細胞診検査が実施できること。（実施可能な他の医療・検査機関への委託可）</li> <li>③ 組織診検査が実施できること。（実施可能な他の医療・検査機関への委託可）</li> <li>④ 日本産婦人科学会専門医がいること。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⑤ 精密検査結果のフィードバック等、がん検診の精度管理に協力することができること。</li> </ul>	乳がん	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 乳がん診療ガイドラインに則した診療を実施していること。</li> <li>② 一次医療機関のマンモグラフィ検査の結果、カテゴリー3以上の評価を受けた者、自覚症状を有する者などに対して、診断のための専門的な検査が実施できること。</li> <li>③ 超音波検査が実施できること。</li> <li>④ マンモグラフィによる検査が実施できること。</li> <li>⑤ 穿刺吸引細胞診または針生検（マンモトームを含む）または摘出生検が実施できること。（病理診断は外部委託による場合を含む）</li> <li>⑥ MRI・CT検査が実施できること。（実施可能な他の医療・検査機関への委託可）</li> </ul>
	肺がん	<ul style="list-style-type: none"> <li>① CTによる画像診断が実施できること。（実施可能な他の医療・検査機関への委託可）</li> <li>② 気管支鏡による組織・細胞検査（診断）が実施できること。（実施可能な他の医療・検査機関への委託可）</li> </ul>

