**＜令和５年度　胃がん（エックス線検査）検診確認票＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 検診機関名  住所  電話番号  FAX番号 |  |
| 担当者氏名 |  |

**※がん検診の実施体制についてご回答ください。**

**１．撮影機器の種類**

直接　・　間接　・　DR撮影（I.I方式、その他（　　　　　　　　　　　　　　））

**２．撮影枚数**

（　　　　　　　　　　　　　　）枚

**３．撮影の体位/部位**　　　※例：学会基準撮影法

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**４．胃部エックス線撮影に携わる技師の全数**

（　　　　　　　　　　　　　　）名

　⇓うち、**日本消化器がん検診学会認定技師の全数**

（　　　　　　　　　　　　　　）名

**５．院内にて読影に携わる医師の全数**

（　　　　　　　　　　　　　　）名

　※院外に委託・協力依頼を行う場合は委託先名：（　　　　　　　　　　　　　　　）

**６．院内にて読影に携わる専門医数**

　①日本消化器がん検診学会認定医　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）名

　②日本消化器がん検診学会総合認定医　　（　　　　　　　　　　　　　　）名

（1/1）

**＜令和５年度　胃がん（内視鏡検査）検診確認票＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 検診機関名  住所  電話番号  FAX番号 |  |
| 担当者氏名 |  |

**※がん検診の実施体制についてご回答ください。**

1. **胃内視鏡検査の機器**

　　経口内視鏡　　・　　経鼻内視鏡

**２．胃内視鏡検診用内視鏡の種類**

オリンパス　・　富士フイルム　・　ホヤ（ペンタックス）　・　その他（　　　　　　　）

1. **検査医の資格**※取得している資格について○をつけてください。

日本消化器がん検診学会　認定医　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）

日本消化器がん検診学会　総合認定医　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）

日本消化器内視鏡学会　専門医　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）

日本消化器内視鏡学会　上部消化管内視鏡スクリーニング認定医　　（　　　　　）

※胃内視鏡検査の機器や検査医等の条件は、対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル（日本消化器がん検診学会、2017年度版）を参考にすること。

（1/1）

**＜令和５年度　大腸がん検診確認票＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 検診機関名  住所  電話番号  FAX番号 |  |
| 担当者氏名 |  |

**※がん検診の実施体制についてご回答ください。**

**１．便潜血検査キット名**　　　※例：OC-ヘモディア

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**２．測定方法**

（　　用手法　　・　　自動分析装置法　　）

**３．カットオフ値もしくは検出感度**

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**４．便潜血検査実施について**

　自施設にて検査実施　　・　　外部施設に委託

　※外部施設に委託の場合は**委託先名：**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（1/1）

**＜令和５年度　肺がん検診確認票＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 検診機関名  住所  電話番号  FAX番号 |  |
| 担当者氏名 |  |

**※がん検診の実施体制についてご回答ください。**

**１．撮影機器の種類**

直接　・　間接　・　DR撮影（I.I方式、その他（　　　　　　　　　　　　　　））

**２．フィルムサイズ**

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**３．モニタ読影**

　有　　・　　無

**４．読影医について**

　①氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　②生年（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　③専門とする診療科目（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　④専門とする診療科目の経験年数（　　　　　　　　　　　）年

　⑤肺がん検診従事年数（　　　　　　　　　　　）年

　⑥肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会の受講の有無　　有　　・　　無

（1/2）

**５．細胞診検査について**

（　　自施設にて検査実施　　・　　外部施設に委託　　）

　※外部施設に委託の場合は**委託先名：**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**６．集団検診を行う検診機関について**※医療機関の敷地外にて行う検診のこと

　１日あたりの実施可能人数（　　　　　　　　　　　）名

　※胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師、及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市町村へ提出してください。

（2/2）

**＜令和５年度　乳がん検診確認票＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 検診機関名  住所  電話番号  FAX番号 |  |
| 担当者氏名 |  |

**※がん検診の実施体制についてご回答ください。**

**１．撮影機器の種類**

直接　・　間接　・　DR撮影（I.I方式、その他（　　　　　　　　　　　　　　））

**２．集団検診を行う検診機関について**※医療機関の敷地外にて行う検診のこと

１日あたりの実施可能人数（　　　　　　　　　　　）名

　※胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師、及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市町村へ提出してください。

（1/1）

**＜令和５年度　子宮頸がん検診確認票＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 検診機関名  住所  電話番号  FAX番号 |  |
| 担当者氏名 |  |

**※がん検診の実施体制についてご回答ください。**

**１．細胞診検査について**

　①細胞診の方法　　（　　　従来法　　/　　液状検体法　　　）

　②採取器具　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**２．細胞診判定について**

（　　自施設にて実施　　・　　外部施設に委託　　）

　※外部施設に委託の場合は**委託先名：**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**３．細胞診陰性と判定された検体について**

　再スクリーニング施行率　　（　　　　　　　％　　）

　※細胞診陰性と判定された検体は、その10％以上について再スクリーニングを行うこと。

　※細胞診判定を外部施設に委託している場合は回答不要。

（1/1）