

様式 1-2

肺がん検診精密検査医療機関の登録基準等に関する調書

1 肺がん検診精密検査の実施体制

	自院で可 ①	他機関等 との連携 により可 ②	不可 ③	登録要件
高分解能CT検査の実施				①または② であること

注 該当する箇所に○をすること。



②の場合、連携する医療・検査機関名

注 主な連携機関について記載すること。(最大3機関)

2 肺がん検診精密検査を担当する医師名等

医師氏名	職 名	専門性
		☐ 呼吸器専門医 ☐ 呼吸器外科専門医 ☐ 放射線科専門医 ☐ 上記以外（肺がんの診断、治療の経験）
		☐ 呼吸器専門医 ☐ 呼吸器外科専門医 ☐ 放射線科専門医 ☐ 上記以外（肺がんの診断、治療の経験）
		☐ 呼吸器専門医 ☐ 呼吸器外科専門医 ☐ 放射線科専門医 ☐ 上記以外（肺がんの診断、治療の経験）

注 1 該当する医師数が4人以上の場合には、別葉とすること。

2 専門性について、該当項目を☑又は■とすること。

3 肺がん患者の治療及び他医療機関との連携状況

(1) 自院において診断（疑い含む。）した患者の確定診断・治療の必要性から紹介する医療機関

医療機関名

注1 主要な保険医療機関について記載すること。（最大3機関）

(2) 自院における治療の実施状況

区 分	例 数	備 考
治療例数	例	
（手術件数）	（ 例）	
（非手術件数）	（ 例）	

注1 届出の直近1年間の実施状況について、可能な範囲で記載すること。

2 手術件数、非手術件数を（ ）内に再掲すること。

4 学会・研修会等への参加状況

参加した学会・研修会名

注 届出の直近1年間の参加状況について、可能な範囲で記載すること。

5 連絡先担当部署等

担当部署（診療科等）	担当者名	電話番号（内線）	責任者

注 市町村、一次検診機関等が精密検査結果等について問い合わせる場合、窓口となる部署、担当者名等を記載すること。また、複数の担当者がある場合、責任者となる者の責任者欄に丸を記載すること。