

様式 2-1

子宮頸がん検診精密検査医療機関の施設基準等に関する調書（1種）

1 HPV 核酸検出検査による精密検査を担当する医師名等

医師氏名	職 名	資格保有状況
		・日産婦専門医 ・母体保護法指定医
		・日産婦専門医 ・母体保護法指定医
		・日産婦専門医 ・母体保護法指定医

注 1 該当する医師数が 3 人以上の場合には、別葉とすること。

2 資格保有状況は、該当項目を丸印で囲むこと。

2 子宮頸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の状況

連携する医療機関名	連携する医療機関の所在地

注 1 届出の直近 1 年間の状況について、可能な範囲で記載すること。

2 主要な保険医療機関毎に 3 つを限度として記載すること。

(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。

3 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。

4 連絡先担当部署等

担当部署（診療科等）	担当者名	電話番号	責任者

注 市町村、産婦人科医会等が精密検査結果等について問い合わせる場合、担当する部署、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。