

(様式第3号)

平成 年 月 日

愛媛県生活習慣病予防協議会
肺がん部会長 様

医療機関名：
院長名： ?

平成 年度は以下の状況ですので、
肺がん検診精密検査実施医療機関として届出します。

精密検査 責任者	診療科名	
	医師名	
	E-mail アドレス	
郵便番号		
住所		
電話番号		
FAX 番号		

1. 機器保有状況及び検査件数

	機器保有状況	胸囲検査件数	年間検査可能件数
気管支鏡検査	有(台)・無	件	件
CT(高分解能)検査	有(台)・無	件	件
検査機器名			

2. 肺がん発見例数

	全例数	うち市町による肺がん検診関係分
早期(、期)	例	例
進行(、期)	例	例
不明	例	例

3. 肺がん精密検査に携わる医師名及び専門医資格・講習会の参加有無

医師名	呼吸器学会専門医	呼吸器外科専門医	講習会の参加有無
	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無

*講習会とは愛媛県主催の生活習慣病予防対策講習会のことである

4. 愛媛県がん登録届出件数 過去1年間 件