

愛媛県生活習慣病予防協議会  
子宮がん部会長 様

医療機関名：  
院長名：

子宮頸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

	設置時期 (西暦)年	機 種 名	製造メーカー
コルポスコープ			

2. 精密検査実施数

	人 数	うち市町の子宮頸がん検診の精密検査関係分
異常なし	人	人
子宮頸部上皮内腫瘍 ※	人	人
子宮頸がん※※	人	人
※次のいずれかに該当する者 子宮頸部上皮内腫瘍；CIN1、CIN2、CIN3、AIS ※※次のいずれかに該当する者 子宮頸部上皮内腫瘍以外の疾患		市町検診に係る 精密検査実施数 人

3. 子宮頸がん検査に携わる医師名及び講習会参加状況

医 師 名	勤務形態	講習会の参加	医 師 名	勤務形態	講習会の参加
	常勤・非常勤	有 ・ 無		常勤・非常勤	有 ・ 無
	常勤・非常勤	有 ・ 無		常勤・非常勤	有 ・ 無
	常勤・非常勤	有 ・ 無		常勤・非常勤	有 ・ 無
	常勤・非常勤	有 ・ 無		常勤・非常勤	有 ・ 無
	常勤・非常勤	有 ・ 無		常勤・非常勤	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（子宮がん予防対策講習会・子宮がん検診従事者講習会）のことである

4. がん登録届出件数                      子宮頸がん                      件

\*各医療機関の太枠内の情報を一覧表にして公表します。