様式4

肺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　肺がん診断機器の整備状況

コンピューター断層撮影装置（ア、イの該当項目を丸印で囲み必要事項を記載すること。）

ア　有　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　整備数　　　　　台

イ　無（無しの場合）　　　　連携医療機関名（主な医療機関を1つ記載すること。）

　　　　　　　　　　　　　　　保険医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

2　肺がん患者の治療及び他医療機関との連携の状況

　(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　前年度（4月から3月）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  （手術件数）  （非手術件数） | 例  （　　　　 例）  （　　　　 例） |  |

　　注1　前年度（4月から3月）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　手術件数及び非手術件数を（　）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　前年度（4月から3月）1年間の参加状況について、可能な範囲で記載すること。