

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：

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. 実施可能な検査及び件数

	実施可能な検査 (○を付けて右記に件数を記入)	胸部検査件数	年間検査可能件数
気管支鏡検査		件	件
CT (高分解能) 検査		件	件
CT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
早期がん (I、II期)	例	例
進行がん (III、IV期)	例	例
不明	例	例

3. 肺がん精密検査に携わる医師名、専門医資格及び講習会の参加状況

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	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	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. がん登録届出件数 肺がん 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。