

春日井市乳がん検診実施状況調査票（乳房超音波検査）

入力日 令和 年 月 日

医療機関名	
電話番号	() -
担当者名	本用紙のことでご連絡させていただくときの事務の担当者様のお名前をお書きください。

1 検診に使用する超音波診断装置について回答してください。

	製造販売社名	製品名	型式名	販売開始日時
(1) 装置				
(2) 探触子				

※ 各設問について、○または×で回答してください。（設問は、乳房超音波診断ガイドライン（改訂第4版）及び超音波による乳がん検診の手引き～精度管理マニュアル～改訂第2版を参考としています。）

設問	回答
(1)装置について	
①リアルタイム断層装置を用いているか。	
②体表臓器用探触子の性能を十分に発揮できる装置を用いているか。	
③乳腺に適したプリセットや画像調整が使用可能な装置であるか。	
④超音波検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備しているか。	
⑤ファントムを用いた画像劣化の管理を行っているか。	
(2)探触子について	回答
①各超音波機器メーカーが乳腺または体表用と標榜する探触子を使用しているか。	
②周波数帯域に12MHzが含まれているか。	
③使用の装置「添付文書」に記載された「品目仕様」のペネトレーション深度（Bモード）が「40mm」以上あるか。	
④表示幅は35mm以上あるか。	
⑤フレームレートは15フレーム/秒以上であるか。	
(3)モニタについて	回答
①モニタは良好な画像が検者に負担なく観察できるものを使用しているか。	
②モニタは評価するのに十分な大きさのものを使用しているか。	
③液晶モニタは描画追従性が良好で角度依存性の少ないものを使用しているか。	
(4)記録装置について	回答
①静止画、動画ともに経時的変化で劣化することのないデジタル記録によって保存しているか。	
②記録形式はDICOMか。やむなくファイルを圧縮する場合には、診断に支障を及ぼす過度な圧縮をしていないか。	
③ハードコピーなどのバックアップ手段を準備しているか。	
④記録画像、出力画像は、実際に検査している画像が再現できるように、調整を行っているか。	

2 乳房超音波検査の実施者について回答してください。（実施者が複数名いる場合は、セルをコピーして入力してください。）

(1人目) 実施者氏名		
職種（医師又は技師又は看護師）		
次の講習会の受講の有無と受講年度を回答してください。	受講の有無	受講年度
(ア)日本乳がん検診精度管理中央機構主催又は共催の乳房超音波講習会	有 ・ 無	
(イ)愛知県乳がん検診研究会の講習会	有 ・ 無	
(ウ)その他の乳房超音波検査の講習会又は研修会（注）	有 ・ 無	
「(ウ)その他」の場合は参加した講習会等の名称を入力してください。		
乳房超音波講習会の修了した方にお聞きます。 試験評価をA～Dでお答えください。	A ・ B ・ C ・ D	

注 「その他の乳房超音波検査の講習会」とは、日本乳がん検診精度管理中央機構主催の講習会の内容に準ずるもので、日本乳腺甲状腺超音波診断会議（現日本乳腺甲状腺超音波医学会）が主催あるいは共催する講習会を含む。日本超音波医学会の認定する超音波検査士（体表領域または検診領域）あるいは超音波専門医（乳腺または総合領域）で上記講習会において評価を受けた検査者・判定者を含む。

(2人目) 実施者氏名		
職種（医師又は技師又は看護師）		
次の講習会の受講の有無と受講年度を回答してください。	受講の有無	受講年度
(ア)日本乳がん検診精度管理中央機構主催又は共催の乳房超音波講習会	有 ・ 無	
(イ)愛知県乳がん検診研究会の講習会	有 ・ 無	
(ウ)その他の乳房超音波検査の講習会又は研修会（注）	有 ・ 無	
「(ウ)その他」の場合は参加した講習会等の名称を入力してください。		
乳房超音波講習会の修了した方にお聞きます。 試験評価をA～Dでお答えください。	A ・ B ・ C ・ D	

春日井市乳がん検診実施状況調査票（マンモグラフィ検査）

入力日 令和 年 月 日

医療機関名	
電話番号	() -
担当者名	本用紙のことでご連絡させていただくときの事務の担当者様のお名前をお書きください。

1 検診に使用する乳房エックス線装置について回答してください。

装置	メーカー名	装置名

令和6年度の実施状況の回答をお願いいたします。（設問は「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について 報告書」（平成20年3月）で示された、「がん検診事業評価のためのチェックリスト」（平成31年3月改定）を参考にしています。）
※ 各設問について、○または×で回答してください。

設問	回答
(1) 乳房エックス線装置は、日本医学放射線学会の定める仕様基準（注）を満たしているか	
(2) マンモグラフィに係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備しているか	
(3) 日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）が開催する乳房エックス線検査に関する講習会又はこれに準ずる講習会を修了した医師又は診療放射線技師が乳房撮影をおこなっているか	
(4) 乳房エックス線撮影における線量及び写真またはモニタの画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）の行う施設画像評価を受け、AまたはBの評価を受けているか	
(5) 二重読影の所見に応じて、過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影しているか	

（注）乳がん検診に用いるエックス線装置の仕様基準：マンモグラフィによる乳がん検診の手引き第7版、マンモグラフィガイドライン第4版参照。

2 マンモグラフィ検査の実施者について回答してください。（実施者が複数名いる場合は、セルを追加して入力してください。）

（1）撮影者について

実施者氏名		
職種		
次の講習会の受講の有無と受講年度を回答してください。	受講の有無	受講年度
(ア)日本乳がん検診精度管理中央機構主催又は共催の乳房エックス線検査に関する講習会	有 ・ 無	
(イ)(ア)に準ずるその他の乳房エックス線検査の講習会又は研修会	有 ・ 無	
「(イ)その他」の場合は参加した講習会等の名称を入力してください。		
日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する乳房エックス線検査に関する講習会又はこれに準ずる講習会を修了された方にお聞きます。 評価試験をA～Dでお答えください。	A ・ B ・ C ・ D	

・その他の講習会とは、これまでに実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する調査研究」班、及び日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等。

（2）読影する医師について

実施者氏名		
次の講習会の受講の有無と受講年度を回答してください。	受講の有無	受講年度
(ア)日本乳がん検診精度管理中央機構主催又は共催の乳房エックス線検査に関する講習会	有 ・ 無	
(イ)(ア)に準ずるその他の乳房エックス線検査の講習会又は研修会	有 ・ 無	
「(イ)その他」の場合は参加した講習会等の名称を入力してください。		
日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する乳房エックス線検査に関する講習会又はこれに準ずる講習会を修了された方にお聞きます。 評価試験をA～Dでお答えください。	A ・ B ・ C ・ D	