

提出先：福島市肺がん検診精度管理委員会 行

### 福島市 肺がん検診 実施登録における調査書

■記入又は✓を付けてください。

記入日	202 年 月 日	区分	<input checked="" type="checkbox"/> デジタル
対象区分	<input type="checkbox"/> 新たに福島市市民検診(肺がん・個別)を実施する医療機関 <input type="checkbox"/> 前年度にA判定を受けた医療機関 <input type="checkbox"/> 撮影装置等を変更した医療機関 <input type="checkbox"/> フィルムからデジタルに移行する(前年度の比較読影がデジタルで提出可能な)医療機関		
医療機関名			
回答者職名		回答者氏名	

#### 1. 提出被写体

No	年齢	性別
1	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
2	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
4	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
5	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

#### 2. 装置

No	項目	記入欄
○撮影装置		
1	会社名	
2	機種名	
○画像処理装置		
1	モダリティ	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> DX
2	会社名	
○X線発生装置		
1	会社名	
2	機種名	

#### 3. 撮影条件等

No	項目	基準値	単位	記入欄
1	管球検出器間距離 (撮影距離)	150 以上	cm	
2	撮影管電圧	120~140	kV	
3	mAs 値	(a) × (b) 4	mA s	(a) × (b)
4	➤ 撮影管電流	(a) -	mA	(a)
5	➤ 撮影時間	(b) -	秒	(b)
6	入射表面線量	0.3	m Gy	
7	グリッド有無	-		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
8	➤ グリッド比	8 : 1 以上		:

9	画像処理パラメータ条件 (条件を確認し✓を記入)	日本肺癌学会『肺がん検診用として推奨する胸部 X 線デジタル撮影機器と画像処理パラメータ条件』に基づき設定している。	<チェック> <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--	------------------------------------

作成日：令和4年6月1日