

がん集団検診撮影記録貸出要領

(目 的)

第1 この要領は、健康増進法（平成14年法律第103号）の本旨に基づき、がんの早期発見、早期治療を促進し、市民の健康保持と増進を図るため、千葉市（以下「甲」という。）が一般社団法人千葉市医師会及び検診実施医療機関との契約に基づき実施しているがん集団検診業務において、一般社団法人千葉市医師会からの推薦を受けて肺がん集団検診を実施する医療機関（以下「乙」という。）及び甲から検診を受託して胃がん集団検診及び乳がん集団検診を実施する医療機関（以下「丙」という。）が保管する撮影記録（フィルム又は電子媒体。以下、撮影記録という。）について、貸出しが必要となった際に必要な事項を定めるものとする。

(貸出対象者)

第2 撮影記録の貸出しができる対象者は、以下に掲げる者とする。

- (1) 当該検診を受診した者
- (2) 検診を受診した者から「委任状」（様式第3号）により委任を受けた者
- (3) がん集団検診を実施した医療機関

(貸出目的)

第3 第2により撮影記録の貸出しを行う目的は、以下の事由のいずれかによるものとする。

- (1) 精密検査実施時に比較読影を行うため
- (2) 検診実施時に比較読影を行うため
- (3) その他、当該検診を受診した者の医療等において、撮影記録を必要とする場合

(貸出期間)

第4 貸出し期間は、原則として3か月以内とする。やむを得ない理由により3か月を超える貸出しが必要な場合は、撮影記録を借り受ける者（以下、「借受者」という。）と甲との協議の上、貸出し期間を延長することができる。

(貸出料)

第5 貸出料は、無料とする。

(貸出手続)

第6 借受者は、甲に対し「がん集団検診撮影記録借用申請書」（様式第1号・第2号）を提出するものとする。

2 甲は、肺がん検診及び胃がん検診、乳がん検診（マンモグラフィ検査）について、撮影記録借用申請を受けた場合は、速やかに対象となる撮影記録を保管する乙及び丙を確認する。

3 甲は、前項による申請が適当と認められるときは、借受者に対して撮影記録を貸し出すこととし、対象となる撮影記録を保管している乙又は丙から撮影記録の引き渡しを受けた上で、甲から貸出しを行うこととする。

(本人確認)

第7 甲は、借受者から貸出しの申請を受理する際に、借受者に対し本人確認書類（運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等）の提示を求めることとする。

(撮影記録の取扱い)

第8 甲は、借受人に対し、善良な管理者の注意をもって撮影記録を管理するよう指示するものとする。

2 甲は、借受人から撮影記録の漏えい、滅失、改ざん及びき損の報告を受けた場合は、直ちに乙及び丙に報告するとともに、借受人に対し、撮影記録の返却その他の必要な事項について指示を行うものとする。

3 甲は、借受人が貸出目的外の使用を行った場合は、借受人に対し直ちに返却の指示を行うものとする。

(返却手続)

第9 借受人は、撮影記録の使用を終えたときは、速やかに甲に返却することとする。甲は、返却を受けた後、速やかに乙及び丙に返却することとする。

(規定外事項)

第10 この要領に定めるもののほか、撮影記録の貸出しに関し、必要な事項については、その都度甲、乙及び丙が協議して定めるものとする。

附則

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和4年4月1日から施行する。

様式第1号 (受診者用)

年 月 日

(あて先)
 千葉市保健福祉局健康福祉部健康支援課長

(申請者)
 住 所 :
 氏 名 :
 (受診者との続柄) :
 電話番号 :

がん集団検診撮影記録借用申請書

がん集団検診の撮影記録 (フィルム・電子媒体) を借り受けたいので、次の通り申請します。

検診の種類	(希望する検診の種類を○で囲ってください。) 1 肺がん検診 2 胃がん検診 3 乳がん検診
(ふりがな)	
受診者氏名	
受診者住所	
受診者生年月日	年 月 日
申請者確認書類	1 運転免許証 2 健康保険証 3 その他 ()
撮 影 日	年 月 日
検 診 会 場	
借 用 理 由	1 精密検査受診のため 2 がん検診の比較読影のため 3 その他 ()
返却予定日	年 月 日
備 考	提出予定医療機関 () 年 月 日

撮影記録預かり日	申請者貸出日	申請者返却日	医療機関への返却日	
月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	
			市	医療機関

年 月 日

（あて先）
 千葉市保健福祉局健康福祉部健康支援課長

（申請者）
 医療機関名：
 担当者氏名：
 電話番号：

がん集団検診撮影記録借用申請書

がん集団検診の撮影記録（フィルム・電子媒体）を借り受けたいため、次の通り申請します。

検診の種類	(希望する検診の種類を○で囲ってください。) 1 肺がん検診 2 胃がん検診 3 乳がん検診
(ふりがな)	
受診者氏名	
受診者住所	
受診者生年月日	年 月 日
申請者確認書類	1 運転免許証 2 健康保険証 3 その他 ()
撮影日	年 月 日
検診会場	
借用理由	1 精密検査受診のため 2 がん検診の比較読影のため 3 その他 ()
返却予定日	年 月 日

撮影記録預かり日	医療機関への貸出日	医療機関からの返却日	医療機関への返却日	
月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	
			市	医療機関

委任状

年 月 日

代理人（頼まれた人）

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 _____

私は上記の者を代理人と認め、がん集団検診撮影記録借用に関する事項について委任致します。

委任者（頼んだ人）

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(自署の場合は不要)

生年月日 _____ 年 月 日 _____