様式１

年　　月　　日

滋賀県がん検診検討会

大腸がん部会　御中

　　　　　医療機関名

　　　　　 代表者名

市町が行う大腸がん検診の精密検査実施医療機関届出について

このことについて、滋賀県がん検診実施のための指針（大腸がん検診）および大腸がん検診精密検査実施医療機関届出登録実施要領に基づき届出をします。

記

１　医療機関名

２　医療機関所在地および連絡先

　〒　　　－　　　　滋賀県

（TEL　　　　－　　　　－　　　　　）

３　大腸がん診断機器整備状況

（１）全大腸内視鏡の実施　【　出来る　・　出来ない　】

（２）全大腸内視鏡検査で行うことが困難な事例においては、Ｓ状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法）の併用による検査の実施　【　併用可能　・　併用不可　】

|  |  |
| --- | --- |
| （参考） | 併用不可の場合に紹介する精密検査実施医療機関 |
|  | |
|  | |

４　病理組織診断実施体制

（１）自院において実施する

ア　病理医は常勤　　（　　　　　名）

イ　病理医は非常勤　（　　　　　名、　　　週　　　　回勤務　）

（２）外注する

外注先名称　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　精密検査を担当する医師

|  |  |
| --- | --- |
| 医師氏名 | 該当する番号に○を記入下さい。（複数回答可）  ①日本消化器内視鏡学会指導医  ②日本消化器内視鏡学会専門医  ③経験年数5年以上かつ直近年間症例50例以上  ④その他（その内容を記してください） |
|  | １ ・ ２ ・ ３ ・ ４（　　　　　　　　　　　） |
|  | １ ・ ２ ・ ３ ・ ４（　　　　　　　　　　　） |
|  | １ ・ ２ ・ ３ ・ ４（　　　　　　　　　　　） |
|  | １ ・ ２ ・ ３ ・ ４（　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| （１）大腸がん検診指針の８に基づき、精密検査の結果を市町に報告します。  （２）大腸がん検診指針の８に基づき市町が実施する精密検査結果等のがん検診追跡調査に協力します。  （３）大腸がん検診の精度の維持・向上に協力します。 |

６　登録条件の遵守