

番 号
年 月 日

茨城県知事 殿

医療機関所在地
医療機関名
代表者名
T E L
メールアドレス

胃がん検診登録検診機関（胃内視鏡検査医療機関）登録申請書

胃がん検診登録検診機関（胃内視鏡検査医療機関）の登録について、下記のとおり申請します。

記

1 胃内視鏡装置整備状況及び検査実績

装置の製品名 ()
製造年月日 ()
会社名 ()
保守点検の状況 ()
前年度検査件数 () 件 過去3年間の累計検査件数 () 件

2 自動内視鏡洗浄消毒装置

なし
 あり 装置の製品名 ()
製造年月日 ()
会社名 ()
保守点検の状況 ()

3 病理組織診断実施体制

自院において実施する

医師氏名	常勤・非常勤の別	(非常勤の場合)勤務先及び住所
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	

外注する

外注先名称	
-------	--

4 内視鏡検査を担当する医師 ※学会の認定医の認定証等の写しを添付してください。

医師 氏名	学会の認定 (※)	1年間の胃内視鏡検査実施件数	常勤・非常勤の別 (非常勤の場合、他の勤務先及び住所)
	日本消化器がん検診総合認定医 日本消化器がん検診学会認定医 日本消化器内視鏡学会専門医 日本消化器病学会専門医 該当なし	件	常勤・非常勤 ()
	日本消化器がん検診総合認定医 日本消化器がん検診学会認定医 日本消化器内視鏡学会専門医 日本消化器病学会専門医 該当なし	件	常勤・非常勤 ()

5 二重読影体制

読影管理委員会による

読影管理委員会を設置している 地区医師会名	読影管理委員会名

自施設でのダブルチェックによる ※学会の認定医の認定証等の写しを添付してください。

二重読影を行う医師氏名	学会の認定 (※)
	日本消化器がん検診総合認定医 日本消化器がん検診学会認定医 日本消化器内視鏡学会専門医
	日本消化器がん検診総合認定医 日本消化器がん検診学会認定医 日本消化器内視鏡学会専門医

6 登録要件の遵守について

<p>(1) 再検査となった者の追跡調査に協力いたします。</p> <p>(2) がんと診断された患者を対象として、市町村及び集団検診機関が収集する「症例レポート」等の提出に協力いたします。</p> <p>(3) 胃がん部会が指定する「胃がん検診従事者講習会」、その他消化器系学会、研究会等に参加するとともに、読影管理委員会に参加又は施設内で二重読影を行う専門医から指導や助言を受けることにより、診断技術の向上、精度管理等に努めます。</p> <p>(4) 読影管理委員会が行う内視鏡画像点検又は施設内で二重読影を行う場合は二重読影を行う専門医等が行う内視鏡画像点検及び胃内視鏡検診運営委員会が行う偶発症報告等に協力いたします。</p> <p>(5) 県が実施するチェックリストの遵守状況調査に協力いたします。</p>

7 胃内視鏡検診運営委員会の意見

胃内視鏡検診運営委員会代表者氏名

【本申請書に関する照会先】

部署名 :
担当者名 :