

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

大腸がん検診登録精密検査医療機関登録申請書

大腸がん検診登録精密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. 大腸がん診断機器整備状況（製品名、型番、メーカー名、システム名等を記入）

(1) 全大腸内視鏡検査装置

有（ _____ 、購入年月： 年 月）

無

(2) 注腸X線撮影装置

有（ _____ 、購入年月： 年 月）

無

2. 精密検査実施体制

(1) 精密検査担当医師・技師

医師・技師名	医師・技師の別	担当種別		常勤・非常勤の別	非常勤の場合		
		内視鏡	注腸X線		申請機関での勤務	他の勤務先名	他の勤務先住所
				常勤・非常勤	月 回		
				常勤・非常勤	月 回		
				常勤・非常勤	月 回		
				常勤・非常勤	月 回		

(2) 全大腸内視鏡検査を完遂できなかった場合において、S状結腸内視鏡検査及び注腸X線検査(二重造影法)の併用検査を自院で行わない場合の紹介先医療機関

名 称 ()
 住 所 ()
 担当医師名 ()

(3) 病理組織診断実施体制

①自院において実施する場合

医師名	常勤・非常勤の別	非常勤の場合		
		申請機関での勤務	他の勤務先名	他の勤務先住所
	常勤・非常勤	月 回		
	常勤・非常勤	月 回		
	常勤・非常勤	月 回		

②外注する場合

外注先名称 ()

3 登録要件の遵守について

- (1) 県が精度管理のために行う精密検査結果の追跡調査に協力いたします。
- (2) がんと診断された患者を対象に、市町村及び集団検診機関が収集する「手術・治療レポート」等の提出に協力いたします。
- (3) 部会が指定する「大腸がん検診従事者講習会」、その他消化器系学会、研究会等に参加して、診断技術の向上、精度管理等に努めます。