

旭川市胃がん検診（胃内視鏡検査）実施届出書

令和 年 月 日

旭川市長 様

検診実施医療機関開設者 住 所
名 称
氏 名
電話番号

（法人にあっては、主たる事業所の所在地及び名称）

旭川市のがん検診業務のうち、胃がん検診（胃内視鏡検査）を実施したいので次のとおり届け出ます。

胃がん検診 （胃内視鏡検査） 実施医療機関名	<input type="checkbox"/> 開設者と同じ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">医療機関コード</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>	医療機関コード							
医療機関コード									
住 所	<input type="checkbox"/> 開設者と同じ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; padding: 2px;">電話番号</td> <td style="width: 60%;"></td> </tr> </table>	電話番号							
電話番号									

- 当院は、実施要領に定められた実施医療機関の条件を全て満たしています。
- 当院では、実施要領に定められた検査医の条件を満たした医師が旭川市のがん検診（胃内視鏡検査）を行います。

医師名		届出区分	<input type="checkbox"/> 検査医 <input type="checkbox"/> 読影医
資格確認	<input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会総合認定医又は認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡スクリーニング認定医 ※上記にチェックがつかない場合は下記をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 概ね年間 100 件以上の上部消化管内視鏡検査を実施 直近 3 年間の胃内視鏡検査の件数 R 年 件/R 年 件/R 年 件		
※市使用欄	<input type="checkbox"/> 資格書類確認済 <input type="checkbox"/> 資格要件確認済	認定	<input type="checkbox"/> 検査医 <input type="checkbox"/> 読影医
医師名		届出区分	<input type="checkbox"/> 検査医 <input type="checkbox"/> 読影医
資格確認	<input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会総合認定医又は認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡スクリーニング認定医 ※上記にチェックがつかない場合は下記をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 概ね年間 100 件以上の上部消化管内視鏡検査を実施 直近 3 年間の胃内視鏡検査の件数 R 年 件/R 年 件/R 年 件		
※市使用欄	<input type="checkbox"/> 資格書類確認済 <input type="checkbox"/> 資格要件確認済	認定	<input type="checkbox"/> 検査医 <input type="checkbox"/> 読影医
医師名		届出区分	<input type="checkbox"/> 検査医 <input type="checkbox"/> 読影医
資格確認	<input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会総合認定医又は認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡スクリーニング認定医 ※上記にチェックがつかない場合は下記をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 概ね年間 100 件以上の上部消化管内視鏡検査を実施 直近 3 年間の胃内視鏡検査の件数 R 年 件/R 年 件/R 年 件		
※市使用欄	<input type="checkbox"/> 資格書類確認済 <input type="checkbox"/> 資格要件確認済	認定	<input type="checkbox"/> 検査医 <input type="checkbox"/> 読影医

※ 認定医、専門医資格を有する場合は所有資格を確認できるものを併せて提出して下さい。
 ※ 医師が 4 名以上いる場合はコピーしてご記入ください。

【実施医療機関、検査医、読影医の基準について】

実施医療機関には検査医の要件を満たした医師が1名以上必要です。

〔実施要項抜粋〕

実施医療機関	<p>実施医療機関は安全かつ適切に検診を実施するものとし、次に定める条件を全て満たすものとする。</p> <p>(1)検査医の要件を満たした医師が検診に携わること (2)常勤の医師が少なくとも1名以上いて、検査業務の体制を把握、管理すること (3)検診の撮影画像がデジタルファイルとして保存できること (4)必要に応じて、自施設内で同時生検（鉗子生検）が可能であること (5)出血や穿孔などの偶発症に対して適切に対応できる体制が構築されていること (6)自動洗浄消毒装置を備えていること (7)読影医にダブルチェックに必要な情報を全て提供できること (8)精検結果及び治療結果の収集に努め、市から求められた場合に報告できること (9)問診票・同意書・撮影画像・所見レポート・生検病理診断結果などの検査結果を実施医療機関で少なくとも5年間保存できること</p>
検査医の条件	<p>次の(1)～(3)の条件のいずれかを満たす医師のうち、市が検査医と認めた者とする。</p> <p>(1)次の資格のいずれかを有する医師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本消化器がん検診学会総合認定医又は認定医 ・日本消化器内視鏡学会専門医 ・日本消化器病学会専門医 ・上部消化管内視鏡スクリーニング認定医 <p>(2)診療、検診にかかわらず概ね年間100件以上の上部消化管内視鏡検査を実施している医師</p> <p>(3)旭川市胃がん検診検討会で検討した後、市が(1)又は(2)の条件を満たす医師と同等の経験、技量を有すると認定した医師</p>

※検診医の条件のうち、(2)の適用になる場合は直近1年間分のものを御記入ください。

直近の実施件数が100件に満たない場合でも認定となる場合がありますので、不明な場合は市に問い合わせ願います。(健康推進課 0166-25-6315)

読影医の条件	<p>次の(1)～(3)の条件のいずれかを満たす医師のうち、市が読影医と認めた者とする。</p> <p>(1)日本消化器がん検診学会認定医または総合認定医 (2)日本消化器内視鏡学会専門医 (3)日本消化器病学会専門医</p>
--------	---

※ 途中で医師や登録内容が変更になった場合は「胃がん検診実施医療機関実施内容変更届出書」の提出が必要です。

※ 実施要領に定められた実施医療機関の基準を満たしていないと市が判断した場合、実施医療機関を解除する場合があります