（様式第３号）

大腸がん検診精密検査実施医療機関届出書

　　年　　月　　日

　高知県健康診査管理指導協議会

胃がん大腸がん部会長　殿

医療機関名：

代表者職氏名：

当医療機関は、大腸がん検診精密検査実施医療機関として届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 精密検査責任者 | 診療科名 |  |
| 医師名 |  |
| E-mailアドレス |  |
| 郵便番号 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |

１．大腸がん精密検査に携わる医師名

|  |  |
| --- | --- |
| 医　師　名 | 認定医・専門医の資格 |
|  | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・　無 |
|  | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・　無 |
|  | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・　無 |
|  | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・　無 |
|  | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・　無 |

２．機器保有状況及び検査件数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 機器保有状況 | 前年度検査件数 | 年間検査可能件数 |
| 全大腸内視鏡検査 | 有　　・　　無 | 件 | 件 |
| S状結腸内視鏡検査　＋注腸X線検査（X線透視台） | S状結腸内視鏡検査　　　　有　　・　　無 | 件 | 件 |
| 注腸X線検査（X線透視台）　　有　　・　　無 |
| 生検実施体制 | 自施設で実施 | 外部委託機関で実施 | 無 | 件 | 件 |

３．がん登録の届出件数（前年実績）　　　　　　大腸がん　　　　　　　　　件

＊　各医療機関の太枠内の情報を一覧表にして公表します。