

鳥取県大腸がん検診精密検査医療機関登録届出書

医療機関名 _____ 診療科名 _____

(ふりがな)

担当医師氏名 _____ 電話番号(_____) _____

所在地 (〒 _____ - _____)

検査実施状況等

区 分	検査実施 の可否	処理可能 件数/月間	エックス線装置 機種名・メーカー
全大腸内視鏡検査	可・否		内視鏡
S状結腸内視鏡検査	可・否		内視鏡
注腸エックス線検査	可・否		(小焦点 _____ mm 大焦点 _____ mm) 注腸エックス線検査装置がないところは、紹介機関をご記入下さい。 (_____)
組織診検査	可・否		

生検組織診断実施「依頼」機関名 _____

内視鏡検査臨床例数 _____ 例/年

大腸がん検診従事者講習会等出席状況* 過去3年間の出席状況及び取得点数を記入してください。

講習会等の区分	出席回数			点数
	年度	年度	年度	
大腸がん検診従事者講習会 (銀 5点)	回	回	回	
各地区大腸がん検診従事者講習会 (東中部2点)	回	回	回	
消化器疾患研究会 (銀 2点)	回	回	回	
胃がん検診症例研究会 (銀 2点)	回	回	回	
胃疾患研究会 (銀 1点)	回	回	回	
消化器病研究会 (中銀 2点)	回	回	回	
消化器がん検診症例検討会 (中銀 2点)	回	回	回	
消化管研究会 (銀 1点)	回	回	回	
境港市胃及び大腸がん検診反省会・症例検討会 (西部 2点)	回	回	回	
山陰消化器研究会 (銀 2点)	回	回	回	
消化器内視鏡学会 (2点)	回	回	回	
消化器病学会 (2点)	回	回	回	
消化器集団検診学会 (2点)	回	回	回	
その他(消化器関連の学会含)	回	回	回	
合計点数				

(については受講票または参加証の写しを添付すること)

当医療機関は、鳥取県大腸がん検診精密検査医療機関登録実施要綱に基づく登録必要条件を満たしていますので届け出いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設長氏名 _____ 印

鳥取県健康対策協議会会長 様

担当医師が複数の場合は、医師ごとに担当医師氏名と大腸がん検診従事者講習会等出席状況を記入した本様式を添付してください。