

令和5年度 柏市成人健康診査協力医療機関  
胃がん検診（一次）の内、胃内視鏡検査登録票

C票

医師会事務所にファックスしてください。（FAX番号：04-7147-1711）

【検査の方法等】該当する項目を“○”で囲んでください。機種はメーカー名型番等を記載してください。

検査方法 (複数回答可)	抗血栓薬服用者へ の実施*1	来院回数	鎮静剤の使用	検査に使用する機種	洗浄器の機種名、メーカー名、型番	(新) 年間受入可能人数
経口・経鼻	する・しない	2回・1回	する・しない			

\*1：実施する際は問診により既往歴等から慎重な判断を行い、偶発症に対する防止策及び対応も可能であること。

\*胃内視鏡機器の洗浄、消毒を用手で行っている医療機関は、事前の研修会に必ず参加してください。

\*胃内視鏡画像は、デジタル記憶媒体（CD-R、DVD-R）に指定されたファイル形式（DICOM、JPEG）で提出してください。

【内視鏡検査医師】

No	検査医師氏名	担当する検査		検査医の要件として該当するところ						
		検査 読影	二次 読影	日本消化器内視鏡学会		日本消化器がん検診学会		日本消化器病 学会 専門医	概ね年間100件以 上の検査実施	委員会が左記要件 と同等と判断
				指導医	専門医	指導医	認定医			
1										
2										
3										
4										
5										

\*検査を担当される医師全員の氏名を記載して下さい。5名以上の場合は、この用紙を複写して下さい。

\*検査医師が1名の場合は、二次読影を財団法人ちば県民保健予防財団へ依頼することになります。（依頼する場合は“○”を記入）

\*二次読影を自院で実施の医療機関において、二次読影のみ行う医師は、要件の何れかの学会の指導医・専門医・認定医であれば、画像審査は免除。

ちば県民保健予防財団の二次読影を依頼する（依頼する場合は“○”）。

医療機関名称：

ご担当者名