胃内視鏡検査協力機関届

様式第４－３号⑨

令和　　　年　　　月　　　日

岡山市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

岡山市が実施する胃がん検診の胃内視鏡検査協力機関として、次のとおり届け出ます。

なお内視鏡画像は、デジタル形式（ＪＰＥＧ又はＤＩＣＯＭ形式）で記録・保存します。

１．胃内視鏡検査の実施医師

|  |  |
| --- | --- |
| 医　師　名 | 項　目（該当する資格に〇印） |
|  | ａ．日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医  ｂ．日本消化器内視鏡学会専門医  ｃ．日本消化器病学会専門医  ｄ．年間概ね100件以上もしくは直近10年以内に概ね1000件以上の実施 |
|  | ａ．日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医  ｂ．日本消化器内視鏡学会専門医  ｃ．日本消化器病学会専門医  ｄ．年間概ね100件以上もしくは直近10年以内に概ね1000件以上の実施 |
|  | ａ．日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医  ｂ．日本消化器内視鏡学会専門医  ｃ．日本消化器病学会専門医  ｄ．年間概ね100件以上もしくは直近10年以内に概ね1000件以上の実施 |

ａ～ｃは専門医等であることを証する書類の写し、ｄは胃内視鏡検査実績報告書を必ず添付のこと

２．ダブルチェックの実施方法　（該当に○印）

・　内視鏡読影委員会に画像を提出

・　自院でダブルチェックを実施

ａ．日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医が所属する機関

ｂ．日本消化器内視鏡学会専門医が所属する機関

（自院でのダブルチェックは、胃内視鏡検査実施医師以外のａ又はｂが行う。）

３．使用するスコープの機種（主に使用する機種を一つ記載）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| メーカー名 | オリンパス | 富士フイルム | ペンタックス |
| 機　　　種 | ＧＩＦ－  ＧＩＦ－  ＧＩＦ－ | ＥＧ－  ＥＧ－  ＥＧ－ | ＥＧ－  ＥＧ－  ＥＧ－ |