様式6

大腸がん検診精密検査医療機関の施設基準等に関する調書

1　大腸がん診断機器の整備状況

(1)　大腸ファイバースコープ　　　　　　　　　　　　整備数　　　　　台

(2)　 Ｘ線透視（注腸二重造影）撮影装置　　　　整備数　　　　　台

2　精密検査を担当する医師の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医師氏名 | 職　　名 | 担当検査項目 |
|  |  | ・大腸ファイバースコピー　・Ｘ線撮影診断 |
|  |  | ・大腸ファイバースコピー　・Ｘ線撮影診断 |
|  |  | ・大腸ファイバースコピー　・Ｘ線撮影診断 |
|  |  | ・大腸ファイバースコピー　・Ｘ線撮影診断 |
|  |  | ・大腸ファイバースコピー　・Ｘ線撮影診断 |

　　注1　届出時点において確定診断のための精密検査を実施する医師について記載すること。

　　　2　担当する検査について該当する項目を丸印で囲むこと。

3　該当する医師数が5人以上の場合には、別葉とすること。

3　大腸ファイバースコピーの実施状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 例　数 | 備　考 |
| 実施例数  （生検実施数）  （大腸がん症例数） | 例  （　　　　 例）  （　　　　 例） |  |

　　注1　前年度（4月から3月）一年間に、確定診断のための精密検査として実施した例数を可能な範囲で記載すること。

　　　2　生検実施数及び大腸がん症例数を（　）内に再掲すること。

4　生検の病理診断の実施状況（ア、イの該当項目を丸印で囲み必要事項を記載すること。）

　ア　自院で実施　　　　イ　他施設に委託（主な施設を1つ記載すること。）

　　　　　　　　　　　　　（委託機関名　　　　　　　　　　　　　　　 ）

5　大腸がん患者の治療及び他医療機関との連携状況

　(1)　自院において診断（疑い含む。）した患者の確定診断・治療の必要性から紹介する医療機関の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 連携する医療機関名 | 連携する医療機関の所在地 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　　注1　前年度（4月から3月）一年間の状況について、可能な範囲で記載すること。

　　　2　主要な保険医療機関毎に3つを限度として記載すること。

　(2)　自院における治療の実施状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 例　数 | 備　考 |
| 治療例数  （手術件数） | 例  （　　　　 例） |  |

注1　前年度（4月から3月）一年間の状況について、可能な範囲で記載すること。

2　治療には、手術、化学療法、放射線療法、免疫療法及びホルモン療法等を含む。

　　　3　治療例数のうち、手術例数（根治及び非根治のいずれも含む。）について再掲すること。

6　学会・研修会等への参加状況

|  |  |
| --- | --- |
| 参加した学会・研修会名 | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　　注　前年度（4月から3月）1年間の参加状況について、可能な範囲で記載すること。