東京都精密検査実施医療機関リスト掲載申請フォーム（胃がん・新規）

| 番号 | 回答項目 | 備考 |
|---|---|---|
| ◆ 基本情報 | | |
| | 医療機関名 | 公開情報 |
| | 所在地 | 公開情報 |
| | 施設区分<br>☐ 病院　☐ 診療所　☐ その他 | 公開情報 |
| | 予約方法（※複数ある場合は、すべてを御選択ください。）<br>☐ 予約不要　☐ 電話　☐ WEB　☐ その他 | 公開情報 |
| | 【予約不要の場合】当日の受付場所 | 公開情報 |
| | 【電話予約可の場合】予約用電話番号 | 公開情報 |
| | 【WEB予約可の場合】WEB予約用ページURL | 公開情報 |
| | 休診日（胃がんの精密検査が受診できない日）を記載してください | 公開情報 |
| | 紹介状や診療情報提供書の要否<br>☐ 自治体発行の精密検査依頼書　兼　結果報告書　のみでよい<br>☐ 自治体発行の精密検査依頼書　兼　結果報告書に加えて、紹介状や診療情報提供書を要する<br>☐ その他 | 公開情報 |
| ◆ 担当者情報 | | |
| | 担当部署 | |
| | 職種 | |
| | 氏名 | |
| | 電話番号 | |
| | メールアドレス | |

| 番号 | 掲載基準 | 備考 |
|---|---|---|
| 1 | 精密検査及び治療の実施 | |
| (1) | 要精検者に対して胃内視鏡検査（上部消化管内視鏡検査）及び診断を行うことができますか。 | 「はい」であることが必須 |
| (2) | 胃がんと診断された場合は速やかに治療を行うこと（若しくは速やかに治療医と連携を取ること）ができますか。 | 「はい」であることが必須 |
| 2 | 精検機関の基準 | |
| (1) | 検査医が有している資格を選択してください。（ただし、申請日時点で有効な資格に限る）<br>☐ 日本消化器がん検診学会総合認定医・認定医<br>☐ 日本消化器内視鏡学会専門医<br>☐ 日本消化器病学会専門医<br>☐ いずれの資格も有していない | いずれかの資格を<br>有していることが必須 |
| (2) | 検査医の研修・学会参加状況について御回答ください。<br>☐ 都道府県又は区市町村、胃内視鏡検診運営委員会、医師会などが共催する研修会に年1回以上参加している<br>☐ 胃がん検診関連学会（日本消化器がん検診学会、日本消化器内視鏡学会、日本消化器病学会）に年1回以上参加している<br>☐ 上記いずれにも参加していない | いずれかの研修・学会に<br>参加していることが必須 |
| (3-ア) | 内視鏡機器は、デジタル画像を保存・提出できる装置を備えていますか。 | 「はい」であることが必須 |
| (3-イ) | 洗浄・消毒機器は、自動洗浄消毒装置を備え、高水準消毒が可能ですか。 | 「はい」であることが必須 |
| (4-ア) | 最低1名以上の常勤医が、検査体制の把握・管理に関与していますか。 | 「はい」であることが必須 |
| (4-イ) | 出血や穿孔などに迅速に対応できる体制を構築していますか。<br>☐ はい　☐ 自院では対応できないが、近隣の医療機関と連携して対応できる　☐ いいえ | 「はい」もしくは後方支援体制を<br>記載することが必須 |
| 3 | 結果報告と記録整備 | |
| (1) | 診断の結果、異常がない（食道がん、十二指腸がん等の胃部以外の疾患を含む）場合は、区市町村又は検診実施機関へ速やかに報告し、適切に記録・保管することができますか。 | 「はい」であることが必須 |
| (2) | 診断の結果、胃がんと診断された場合、がんの浸潤度合い（粘膜内、粘膜下層、進行がん）を記入し、区市町村又は検診実施機関へ、精密検査受診後遅くとも12週間以内に報告し、適切に記録・保管することができますか。 | 「はい」であることが必須 |
| (3) | 診断の結果、胃がん疑い又は未確定と診断された場合、区市町村又は検診実施機関へ、精密検査受診後遅くとも12週間以内に報告し、適切に記録・保管することができますか。 | 「はい」であることが必須 |
| (4) | 診断の結果、胃がん以外の胃部の疾患があった場合、区市町村又は検診実施機関へ、精密検査受診後遅くとも12週間以内に報告し、適切に記録・保管することができますか。 | 「はい」であることが必須 |
| 4 | 精度管理 | |
| (1) | 地域における精度管理活動（区市町村や医師会等が主催するカンファレンス等）に定期的に参加していますか。<br>☐ 定期的に参加している　☐ 参加したことがある<br>☐ 機会はあるが、参加していない　☐ 参加する機会がない | いずれの選択肢でも可 |
| (2) | 確定診断及び治療を他施設と連携して行った場合は、その最終結果を必ず把握できますか。 | 「はい」であることが必須 |
| 5 | 掲載基準の遵守義務 | |
| (1) | リスト掲載となり、その掲載期間中に認定の失効等でこの基準を満たさなくなった場合、速やかに東京都にその旨を報告し、基準を満たす努力を行うことができますか。 | 「はい」であることが必須 |

| 検査医氏名 | 『●●●』の認定期限 |
|---|---|
| | |

| 偶発症発生時に連携可能な近隣医療機関（後方支援病院）を具体的に御記載ください。 |
|---|
| |

| 依頼元（区市町村もしくは検診実施機関）に対して精密検査結果報告を確実に行うための、貴院内における分担・連携体制を簡単に御記載ください。 |
|---|
| |