

佐賀県がん検診精密検査医療機関の登録申請書（胃がん・大腸がん）  
(令和8年度分)

佐賀県知事 様  
(健康福祉政策課扱い)

〒

所在地

TEL

E-mail

医療機関名

代表者名

担当者名

下記の登録要件を満たし、（胃・大腸）がん検診精密検査医療機関として登録を申請します。

また、必要に応じ研修会の受講歴について佐賀県医師会等関係機関へ確認を行うことに同意します。

※ 精密検査医療機関として登録を希望されるがん検診の種別を○で囲んでください。

※ 要件を満たしていない場合は、登録できません。

記

1 登録要件の確認

種別	登録要件	回答欄
胃がん検診	内視鏡検査及び病理検査を実施すること	はい・いいえ
	精検フィルムの提出要請があった場合は、協力しなければならない	はい・いいえ
	精密検査の結果を市町に報告し、また必要に応じ情報を提供すること	はい・いいえ
	アンケート調査に回答すること（裏面）	はい・いいえ
	原則として、全国がん登録に協力すること	はい・いいえ
	年2回以上、指定の研修会に参加すること（過去1年間ににおいて研修会への出席がない場合は、次年度の更新はできない）※	はい・いいえ・新規
大腸がん検診	全大腸内視鏡検査または、S状結腸内視鏡検査及び注腸エックス線検査の実施。なお、注腸エックス線検査は二重造影とする	はい・いいえ
	精密検査の結果を市町に報告し、また必要に応じ情報を提供すること	はい・いいえ
	アンケート調査に回答すること（裏面）	はい・いいえ
	原則として、全国がん登録に協力すること	はい・いいえ
	年2回以上、指定の研修会に参加すること（過去1年間ににおいて研修会への出席がない場合は、次年度の更新はできない）※	はい・いいえ・新規

※ 新規に申請される場合、「研修会参加」の回答は「新規」に○を付けてください。

※ 研修会は、原則として佐賀県胃癌・大腸癌検診医会が開催する研修会となります。

2 医会への入会状況

佐賀県胃癌・大腸癌検診医会に入会されている医師のお名前をご記入ください。

医師名

3 研修会受講歴（過去1年間の受講歴をご記入ください。※ 医師会員の方も記入が必要です）

(受講日)

(研修会の名称)

(参加した医師名)

- ・ 令和 年 月 日

※ 受講予定の研修会を受講歴に記載する場合は「参加予定」と付記ください。

※ 必要に応じ、参加状況について確認をさせていただく場合がございます。

※ 裏面のアンケートにご回答ください。

裏面へ続く→

## 精密検査医療機関登録に関するアンケート調査

医療機関名

▼新規・更新登録医療機関はご回答ください

○胃がん

- 1 X線検査を実施している ( はい ・ いいえ )
- 2 胃内視鏡検査を実施している ( はい ・ いいえ )
- 3 ピロリ菌検査ができる ( はい ・ いいえ )

○大腸がん

- 1 大腸内視鏡検査について、該当するものに○をつけてください。
  - ・ ( ) ルーチンに全大腸を観察している
  - ・ ( ) X線検査により病変が疑われる部位まで観察している
  - ・ ( ) 内視鏡はS状結腸までのことが多い
  - ・ ( ) その他 ( )

▼新規登録医療機関はご回答ください

○胃がん

- 1 胃内視鏡検査の機種名 ( ) 例: GIF10 のように簡単に
- 2 胃内視鏡検査は他機関に依頼している ( はい ・ いいえ )
  - ・ 主たる依頼先の名称 ( )
- 3 病理組織検査については、( 自施設で実施している ・ 他機関に依頼している )
  - ・ 主たる依頼先の名称 ( )
- 4 胃精検の年間実施数 ( 例 )

○大腸がん

- 1 使用されている大腸内視鏡の種類は  
(具体的に )
- 2 内視鏡的ポリペクトミーについて、該当するものに○をつけてください。
  - ・ ( ) ポリペクトミーは何時でも可能である
  - ・ ( ) ポリペクトミーは可能であるが、時々しかない
  - ・ ( ) ポリペクトミーはやっていない
- 3 大腸X線検査と内視鏡の関連について、該当するものに○をつけてください。
  - ・ ( ) 全大腸内視鏡検査が主で、X線検査は必要性のある時にしか行わない
  - ・ ( ) X線検査が主で、X線検査で異常所見を認めた場合にのみ内視鏡検査を行う
  - ・ ( ) ほとんどの例でS状結腸までの内視鏡検査とX線検査を併用している
  - ・ ( ) その他 ( )
- 4 1週間(又は1ヶ月)に何例の内視鏡検査を行うことができますか。(通常の診療に支障をきたすことなく)  
( 例／週 ) 又は ( 例／月 )
- 5 大腸の精密検査(X線検査及び内視鏡検査)は1週間(又は1ヶ月)に何日行うことができますか。  
( 日／週 ) 又は ( 日／月 )
- 6 貴施設において実際に大腸の検査を担当されている医師は、自施設の医師ですか。あるいは他施設(例えは大学など)の医師ですか。
  - ・ X線検査 ( 自施設 ・ 他施設 )
  - ・ 内視鏡検査 ( 自施設 ・ 他施設 )
- 7 大腸の精密検査の前処置はどのようにしておられますか。具体的にご記入ください。

