

胃部精密検診依頼書(内視鏡検査用)

令和 年 月 日

胃部精密検診実施機関 殿

実施機関名:

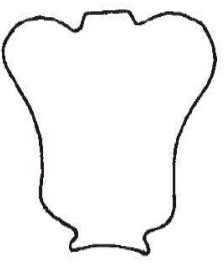
担当医師名:

下記の方の精密検査をよろしくお願い致します。

なお、御高診の上、該当項目を記入し、結果通知書2部(②・③)を市町村に御回報ください。

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	(男・女)
氏名			<input type="checkbox"/> 大正	( 歳)
住所			<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生
電話番号				
検診年月日		年 月 日		
依頼理由	<input type="checkbox"/> 内視鏡異常所見			

精密検診結果

内視鏡検査・生検	 <p>診断</p>			
	<p>組織診断分類</p> <p>Group ( 1, 2, 3, 4, 5 )</p>			
検査方法	<input type="checkbox"/> 直接エックス線 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	指導区分	1. 異常なし    2. 経過観察 3. 要治療    4. 要手術 5. 他院へ紹介 医療機関名・科名	
医療機関名 医師名 TEL		偶発症 (有の場合のみ記載)	<input type="checkbox"/> 重篤な偶発症 (                      ) 死亡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		精検実施日	令和 年 月 日	

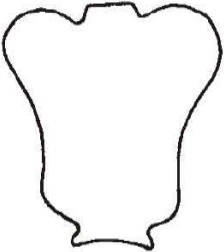
胃部精密検診結果通知書（内視鏡検査用）

令和 年 月 日

要精検者の精密検診の結果を下記の通り通知します。

ふりがな			生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	(男・女)
氏名				<input type="checkbox"/> 大正	( 歳)
				<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生
住所				電話番号	
検診年月日	年 月 日				
依頼理由	<input type="checkbox"/> 内視鏡異常所見				

精密検診結果

内視鏡検査・生検	<div style="text-align: center;">  <p>診断</p> <p>組織診断分類</p> <p>Group ( 1, 2, 3, 4, 5 )</p> </div>			
	検査方法	<input type="checkbox"/> 直接エックス線 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	指導区分	1. 異常なし    2. 経過観察 3. 要治療    4. 要手術 5. 他院へ紹介 医療機関名・科名
医療機関名 医師名 TEL			偶発症 (有の場合のみ記載)	<input type="checkbox"/> 重篤な偶発症(                      ) 死亡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			精検実施日	令和 年 月 日

### 胃部精密検診結果通知書（内視鏡検査用）

令和 年 月 日

要精検者の精密検診の結果を下記の通り通知します。

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	(男・女)
氏名			<input type="checkbox"/> 大正	( 歳)
			<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生
住所			電話番号	
検診年月日	年 月 日			
依頼理由	<input type="checkbox"/> 内視鏡異常所見			

精密検診結果

内視鏡検査・生検	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <p style="font-size: 2em;">診断</p> </div>			
	組織診断分類  Group ( 1, 2, 3, 4, 5 )			
検査方法	<input type="checkbox"/> 直接エックス線 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他 (                                  )	指 導 区 分	1. 異常なし    2. 経過観察 3. 要治療    4. 要手術 5. 他院へ紹介 医療機関名・科名	
医療機関名 医師名 TEL			偶発症 (有の場合のみ記載)	<input type="checkbox"/> 重篤な偶発症 (                                  ) 死亡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		精検実施日	令和 年 月 日	

胃がん検診結果一覧表(胃内視鏡検査用)

検診実施機関名( )

検診実施 年 月分

受付番号	氏名	年齢	性別	住所 (字 番 地)	判定結果 ※結果通知書(様式4-2)の区分により記載		摘要
					検診結果区分 ※(A,B-I,B-II,C-I,C-II,C-III)のいずれかを記載	診断名等	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

# 胃がん検診（胃内視鏡検査） 二次読影依頼用紙

一次検診機関名（読影依頼元）：					
一次検診受診期間：	令和	年	月	日	
		~	月	日	
二次読影依頼検診件数：			件		
受渡媒体：	CD-R	枚	DVD	枚	
	その他（ ）				
保存形式：	DICOM	・	JPEG	・	BMP
受渡担当者：					

## 備考

### 《注意》

- ・ 検査画像は、受診者ごとにフォルダを作成して保存してください。
- ・ 保存フォルダ名は受診者の氏名としてください
- ・ 発送時に、上記内容を確認してください
- ・ 必ずこの用紙を同封して、発送してください
- ・ レターパックの場合は品名のところに、書留等封書の場合は表書きに、『胃がん検診・二次読影データ（CD-R）』とご記入ください。

【二次読影機関】 〒 770-0042 徳島市蔵本町1丁目10-3

（公財）とくしま未来健康づくり機構

TEL：088-633-2266（代表）

平日（8:30～17:00）

FAX：088-633-1811

土・日・祝日・指定休日除く

## 徳島県胃がん検診における胃内視鏡検診実施機関の登録に関する要領

### 1 目 的

徳島県胃がん検診実施要領に定められた胃内視鏡検診実施機関の登録等に関し、必要な事項を規定することを目的とする。

### 2 胃がん検診における胃内視鏡検診実施機関の登録及び基準等

#### (1) 実施機関の登録

ア 次年度以降、胃がん検診の実施を希望する医療機関等は、胃がん検診における胃内視鏡検診実施機関登録申請書（様式A-1, A-2, A-3以下「申請書」という。）を、毎年度2月末日までに、徳島県胃内視鏡検診運営委員会（以下「運営委員会」という。）に提出するものとする。

なお、二重読影を徳島県読影委員会へ依頼する場合は、内視鏡の画像を保存し、追跡記録のある郵送方法等にて徳島県読影委員会へ提出することとし、様式A-2により、提出方法等について記載するものとする。

イ 運営委員会は、胃内視鏡検診医師、胃内視鏡検診の機器等を確認して、検診実施機関の登録を行うものとする。なお、検診実施機関内で二重読影を実施する場合は、読影医師も併せて登録を行う。

#### (2) 胃内視鏡検診医師について

ア 日本消化器がん検診学会認定医・総合認定医，日本消化器内視鏡学会専門医，日本消化器病学会専門医のいずれかの資格を有する医師であるとともに，診療，検診にかかわらず概ね年間100件以上の胃内視鏡検査を実施している医師

イ 診療，検診にかかわらず，概ね年間300件以上の胃内視鏡検査を実施している医師

以上の条件のいずれかを満たす医師であること。

#### (3) 胃内視鏡検診の実施機関内での二重読影を行う読影医師

実施機関内で二重読影を行う場合は，読影医師として，日本消化器がん検診学会認定医・総合認定医，日本消化器内視鏡学会専門医のいずれかの資格を有する医師とし，検査医の読影の後，二重読影を行うものとする。

#### (4) 実施機関の基準

胃内視鏡検診の実施機関は，当該検診を実施するに適格な機器（原則として「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」（以下「胃内視鏡検診マニュアル」という。）の定める仕様基準を満たしているものとし，少なくとも適切な画質基準を満たしていること）を備えるものとし，以下の条件を全て満たすものとする。

#### ア 内視鏡の機器について

経口内視鏡，経鼻内視鏡のどちらかで構わないが，少なくとも画像をデジタル化できる機器とする。

#### イ 内視鏡器具の洗浄・消毒について

手洗いは認めず，自動洗浄消毒機を使用すること。なお，強酸性電解水やオゾン水などの機能水を使用する機器に関しては，消毒効果の評価が十分でないことから，高水準消毒液を使用する機器とする。

なお，内視鏡の洗浄・消毒は，「胃内視鏡検診マニュアル」や「日本消化器内視鏡技師会安全管理委員会ガイドライン（第2版）」により行うものとする。

#### ウ 偶発症対策について

偶発症が起こった場合は，「胃内視鏡検診マニュアル」に基づき，適切に対応できる偶発症対策を講じることとし，自施設内で対応できない偶発症が起こった場合は，速やかに対応可能な他の医療機関に搬送するものとする。

なお，当該年度において，何らかの対応が必要である偶発症が起こった場合は，処置の必要があった鼻出血などの軽微なものから入院措置が必要なものまで，胃がん検診における偶発症報告届（様式D）により，市町村を通じて，運営委員会へ次年度の5月末までにまとめて報告するものとする。

ただし，緊急を要する場合は，随時報告するものとする。

#### (5) 運営委員会主催の研修会の受講

胃内視鏡検診医師，読影医師およびメディカルスタッフ（看護師・臨床検査技師など）については，運営委員会が主催する検査方法などのがん検診に関する研修会を受講すること。

なお，胃内視鏡検診医師については，胃内視鏡検診を開始するまでに，研修会を修了するものとし，以後は2年に1回受講すること。

また，読影医師については，2年に1回受講すること。

### 3 検診実施機関の通知

運営委員会は，2月末日現在で登録した検診実施機関（以下「登録機関」という。）に登録機関となった旨の通知をするとともに，登録機関の一覧表を作成し，市町村に送付するものとする。

### 4 登録事項の変更等

登録機関は，検診医師等登録事項に異動を生じたときは，「胃がん検診における胃内視鏡検診実施機関登録変更申請書」（様式B）を速やかに運営委員会に提出するものとする。

## 5 登録の廃止

登録機関は、検診医師が確保できなくなったとき又は胃がん検診を辞めようとするときは、「胃がん検診における胃内視鏡検診実施機関登録廃止届出書」（様式C）（以下「廃止届出書」という。）を速やかに運営委員会に提出するものとし、運営委員会は、廃止届出書を受理後、速やかに登録を取り消した旨の通知を行うとともに、登録機関の一覧を修正し、市町村に送付するものとする。

ただし、廃止届出書が提出されない場合も、胃内視鏡検診実施機関としての条件を欠くことが判明した場合は、登録を廃止することがある。

### 附 則

この要領は、平成29年1月10日から施行する。

### 附 則

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

### 附 則

この要領は、令和元年5月1日から施行する。

### 附 則

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

### 附 則

この要領は、令和3年1月25日から施行する。

なお、令和3年度に胃内視鏡検診を実施する医療機関等の登録に当たっては、令和2年度中に登録された胃内視鏡検診実施機関が次年度以降も胃内視鏡検診の実施を希望する場合に限り、申請書の提出を不要とする。

### 附 則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

なお、胃内視鏡検診医師の年間実施件数に係る要件については、令和3年度に「胃がん検診における胃内視鏡検診実施機関登録変更申請書」（様式B）の提出がなされる場合に限って、当該要件の充足を不要とする。



様式 A-1 (検診実施機関及び検診医の申請)

## 胃がん検診における胃内視鏡検診実施機関登録申請書

令和 年 月 日

徳島県胃内視鏡検診運営委員会 殿

検診実施機関開設者 住 所

氏 名

電話番号 ( ) -

市町村が住民に対して実施する胃がん検診における胃内視鏡検診を実施したいので次のとおり登録を申請いたします。

(検査医) 日本消化器がん検診学会認定医、日本消化器がん検診学会総合認定医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会専門医のいずれかの資格と年間 100 件以上の胃内視鏡検査の実績又は年間 300 件以上の胃内視鏡検査の実績のある医師が検診医として 1 名以上必要です。

胃内視鏡検診実施医療機関名	(所在地) (機関名)
胃内視鏡検診担当医師名	
検診医の資格の確認	<input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会総合認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 1年間あたりの胃内視鏡検査の件数 約 ( ) 件
胃内視鏡検診担当医師名	
検診医の資格の確認	<input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会総合認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 1年間あたりの胃内視鏡検査の件数 約 ( ) 件
胃内視鏡検診担当医師名	
検診医の資格の確認	<input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会総合認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 1年間あたりの胃内視鏡検査の件数 約 ( ) 件

※検診医が 4 人以上の場合は、コピーしてご記入ください。

### 二重読影の方法について

対策型検診での胃内視鏡検診は二重読影が必須となっています。  
二重読影について、①か②を選択して、いずれかにご記入ください。

#### ① 自施設内で二重読影が可能な医療施設

(読影医) 検査医の読影の後、二重読影を行うため、日本消化器がん検診学会認定医、日本消化器がん検診学会総合認定医、日本消化器内視鏡学会専門医のいずれかの資格のある読影医が検査医以外に1名以上必要です。

胃内視鏡検診読影医師名	
-----	
読影医の資格の確認 (専門医等のいずれかの資格)	<input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会総合認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医
胃内視鏡検診読影医師名	
-----	
読影医の資格の確認 (専門医等のいずれかの資格)	<input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器がん検診学会総合認定医 <input type="checkbox"/> 日本消化器内視鏡学会専門医

※読影医が3人以上の場合は、コピーしてご記入ください。

#### ② 自施設内で二重読影は不可能な医療施設

徳島県読影委員会へ内視鏡検査の画像を提出する必要があります。

- i 画像データの保存媒体を選択してください。
- ii 画像データの保存形式を選択してください。

i 画像データの保存媒体	CD-R      ・      DVD
--------------	----------------------

ii 画像データの保存形式	JPEG      ・      BMP      ・      DICOM
---------------	--

※なお、保存されたデータは、持参又は配達記録のある郵送方法(例：書留郵便、レターパック等)で読影する医療機関へお送りいただくこととなります。

様式 A-3

胃内視鏡検診機器（経口内視鏡）

1	メーカー名	
	製品名	
	型番	
	年式	
2	メーカー名	
	製品名	
	型番	
	年式	

胃内視鏡検診機器（経鼻内視鏡）

1	メーカー名	
	製品名	
	型番	
	年式	
2	メーカー名	
	製品名	
	型番	
	年式	

自動洗浄消毒機器

1	メーカー名	
	製品名	
	型番	
	年式	
	洗浄液 (高水準消毒液の種類)	グルタールアルデヒド ・ フタラール製剤 ・ 過酢酸 その他 ( )

偶発症対策について

- 偶発症が起こった場合でも、適切に対応できる偶発症対策を講じている。
- 自施設内で対応できない偶発症が起こった場合は、対応可能な他の医療機関に搬送することができる。
- 鼻出血などの軽微なものから入院措置が必要なものまで、市町村を通じて、「徳島県内視鏡検診運営委員会」へ報告することができる。

※胃内視鏡機器及び洗浄機器が多い場合は、コピーして記入してください。

様式 B

胃がん検診における胃内視鏡検診実施機関  
登録変更申請書

令和 年 月 日

徳島県胃内視鏡検診運営委員会 殿

検診実施機関開設者

住 所

氏 名

電話番号 ( ) -

胃がん検診における胃内視鏡検診実施機関としての登録内容を次のとおり変更  
したいので、申請します。

1 機関の名称

2 機関の所在地

3 変更項目

(機関の名称, 機関の住所地, 電話番号, 胃内視鏡検診担当医師, 施設内での二重読影  
の不可, 胃内視鏡検診読影医師, 胃内視鏡検診機器, その他)

4 変 更 前

5 変 更 後

様式 C

胃がん検診における胃内視鏡検診実施機関  
登録廃止届出書

令和 年 月 日

徳島県胃内視鏡検診運営委員会 殿

検診実施機関開設者

住 所

氏 名

電話番号 ( ) -

胃内視鏡検診における胃内視鏡検診実施機関の登録を廃止したいので届出します。

1 機関の名称

2 機関の所在地

## 胃がん検診における偶発症報告届

徳島県胃内視鏡検診運営委員会 殿  
(市町村経由)

報告医療機関名 \_\_\_\_\_

胃がん検診において、偶発症が発症しましたので、次のとおり報告します。

検診日	年 月 日
受診者氏名	
性別	1. 男 2. 女
生年月日	年 月 日 ( 歳)
基礎疾患	1. あり ( ) 2. なし
内視鏡の機種	1. 経口 2. 経鼻
偶発症の種類	1. 穿孔 2. 鼻出血 (処置が必要であったもの) 3. 粘膜裂創 4. 気腫 (穿孔との重複も含む) 5. 生検部位からの後出血 6. 前処置薬によるアナフィラキシーショック 7. その他の偶発症 ( )
部位	1. 鼻腔 2. 咽喉頭 3. 食道 4. 胃・十二指腸 5. その他 ( )
重症度	1. 軽症 (処置なし) 2. 中等度 (処置あり) 3. 重症 (入院) 4. 死亡
転帰	1. 入院 (検査施設, 他院) 2. 外来 (他院紹介) 3. 帰宅 (検査施設対応)
入院医療機関	
偶発症発症時の状況	