

## 胃がん検診精密医療機関現況調査票

(1) 貴院の精密検査医療機関の登録事項は以下のとおりです。

ご確認頂くとともに、修正点がありましたら、二重線で修正をいただき、加筆をお願いします。

医療機関名 : 《医療機関名称》

所在地 : 《〒》 《所在地》

電話番号 : 《電話番号》

FAX番号 : 《FAX 番号》

(2) 貴院の平成31年1月1日現在の状況をご記入下さい。

① がんの精密検査担当医師名をご記入下さい。

医師名	日本消化器内視鏡学会専門医	講習会等の参加の有無
	有 ・ 無	有 ・ 無
	有 ・ 無	有 ・ 無
	有 ・ 無	有 ・ 無

(※講習会とは、がん検診等に関する学会及び委員会主催のがん検診従事者研修会を指します。)

② 検査の実施について

胃内視鏡検査	可 ・ 否
病理組織診検査	可 ・ 否 (委託機関名: )

③ 精密検査医療機関の登録の継続について

市町村がん検診における精密検査医療機関の基準(別紙)を満たす場合、登録継続を希望されますか。

→( 希望する ・ 希望しない )

【2枚目に続きます】

(3) 貴院の市町村がん検診の精密検査実施件数と一次医療機関への結果報告件数をご記入下さい。(平成29年4月1日 ~ 平成30年3月31日)

精密検査実施件数	( )件 ・ 不明
内、結果報告件数	1. ( )件 2. 件数は不明であるが「精密検査依頼書兼結果通知書」を受理した場合、報告している。 3. 結果報告していない。 4. 不明

——— 以下の(4)(5)については、取りまとめて関係機関に情報提供を行う予定です。 ———

(4) 貴院において、市町村がん検診精密検査依頼書兼結果通知書を記入された場合、受診者に文書料を徴収されていますか？該当するものに○を付して下さい。

※ ごく一部の医療機関においては、「市町村がん検診精密検査依頼書兼結果通知書」に対する文書料を受診者に徴収されているところがあり、受診者が混乱している事案があります。(なお、この情報については公表する予定です。)

1. 徴収していない
2. 徴収している ( ) 円

\* 下記(5)は、該当病院(200床以上の病院)のみご回答ください。

(5) 貴院において、市町村がん検診精密検査のために「市町村がん検診精密検査依頼書兼結果通知書」を持参して受診された場合、選定療養費(初診に係る費用)を徴収されていますか？該当するものに○を付して下さい。

(なお、この情報については公表する予定です。)

1. 徴収していない
2. 徴収している ( ) 円

(6) その他、精密検査医療機関に関する意見があれば、ご記載下さい。

( )

\*\*\*\*\* ご協力ありがとうございました \*\*\*\*\*