

(様式第2号)

平成 年 月 日

愛媛県生活習慣病予防協議会  
消化器がん部会長 様

医療機関名:

院長名:

平成 年度は以下の状況ですので、  
大腸がん検診精密検査実施医療機関として届出します。

精密検査 責任者	診療科名	
	医師名	
	E-mail アドレス	
郵便番号		
住所		
電話番号		
FAX 番号		

1. 機器保有状況及び検査件数

	機器保有状況	検査件数		年間検査 可能件数
		全数	うち市町大腸がん 検診関係分	
全大腸内視鏡検査	有( 台)・無			件
S状結腸内視鏡検査 + 注腸X線検査(X線透視台)	S状結腸内視鏡検査 有( 台)・無 注腸X線検査(X線透視台) 有( 台)・無			件

2. 大腸がん発見例数

	全例数	うち市町による大腸がん検診関係分
早期がん	例	例
進行がん	例	例
深達度不明	例	例

3. 大腸検査に携わる医師名

医師名	講習会の参加有無
	有・無
	有・無
	有・無
	有・無
	有・無

\*講習会とは愛媛県主催の生活習慣病予防対策講習会のことである

4. 愛媛県がん登録届出件数 過去1年間 件