様式　Ａ－２

**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) | □　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 |
| 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) | □　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 |
|

※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提出方法を選択してください。

　　　ⅱ画像データの保存媒体を選択してください。(郵送の場合のみ記載)

ⅲ画像データの保存形式を選択してください。(郵送の場合のみ記載)

|  |  |
| --- | --- |
| ⅰ提出方法 | クラウドシステム使用　　・　　郵送 |
|

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

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

　　　※なお、郵送でお送りいただく場合は、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。