

施設内容説明書（外科食道系）

西暦 年 月 日

施設名

住所 〒 —

電話 — —

施設長名

公印

科名	施設名称科名 (ふりがな)	診療科名
		食道外科
病院別 該当するものに○印をつけて下さい。	大学病院 総合病院またはこれに準ずる病院 その他 ()	
施設としての共通要件 該当するものに○印をつけて下さい。	I. 画像診断装置 1)単純X線撮影装置 2)造影X線撮影装置 3)CTもしくはMRI 4)超音波診断装置 II. 内視鏡装置 III. 呼吸機能検査装置(スパイロメトリー,努力呼出曲線,拡散能) IV. 人工呼吸器 V. 検査 1)細菌検査 2)病理検査	
専門領域として備えるべき要件 該当するものに○印をつけて下さい。	1)手術要件 食道癌手術を含む一般消化器外科手術を施行出来る環境 (施行実績を求めるなら、食道癌手術年間5例以上) 上部消化管鏡視下手術を行なえる設備 (施行実績:用手補助を含む上部消化管鏡視下手術年間1例以上) 微小血管吻合を含む形成外科的手術の可能な体制 2)内視鏡 上部消化管内視鏡 気管支内視鏡 3)耳鼻咽喉科医へのコンサルト体制	
専門領域として備えていることが望ましい要件 該当するものに○印をつけて下さい。	1) EUS 2) 検査 ① 食道内内圧測定検査 ② 食道内持続 pH 測定検査 3) 耳鼻咽喉科医の常勤 4) 言語療法士の勤務	

Copyright © 2005 日本気管食道科学会 All rights reserved.