　　　　　　　　　　　　　　鳥医発第１０３号

令和４年７月５日

施設長・病院長　各位

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公益社団法人鳥取県医師会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会長　　渡　辺　　　憲

（公印省略）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　一般社団法人鳥取県臨床検査技師会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会長　　湯　田　範　規

**令和４年度鳥取県臨床検査精度管理調査のご案内**

貴台には益々、御健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、平成10年から県医師会と臨床検査技師会の共同で実施しております「鳥取県臨床検査精度管理調査」を本年は別紙のとおり実施することと致しました。

診療所・病院におかれましても病診連携の意味から、自らの施設の臨床検査値の位置付けを知ることは重要でありますし、特定健診などで医療機関ごとの測定値及び判定値が異ならないよう精度管理を適切に行うことは重要であります。また、平成22年度に始まりました日本臨床衛生検査技師会による「日臨技精度保証施設認証制度」の申請の条件として、都道府県の精度管理調査事業への参加が必須となっております。

基本参加費は主催2団体の**会員施設1,000円、非会員施設5,000円**とし、参加１部門あたり1,000円（会員施設の全９部門参加では10,000円）と致しました。貴施設の臨床検査値と他施設での検査値と比較して頂ければと思いますので、多数ご参加くださるようご案内申し上げます。

**なお、精度管理調査の参加登録および結果入力に日本臨床衛生検査技師会が用意したWeb集計システムを利用しております。**（結果入力について、毎年結果未入力の施設が多数見受けられます。回答期限を厳守いただきますようお願いします。）

参加を希望される施設におかれましては、以下の手順にて申込みをお願いします。

**詳細な申込み手順は、鳥取県医師会ホームページに掲載しております。**

**手順①：インターネットから日本臨床衛生検査技師会へ施設登録と参加申込み**

**（施設番号とパスワードは昨年と同じものが使用できます。）**

**手順②：①の参加申込み後、別紙の「令和4年度鳥取県臨床検査精度管理調査**

**参加申込書」にて鳥取県医師会へもＦＡＸ（0857-29-1578）にて申込みを**

**お願いします。**

記

　　１．サーベイ実施項目　　　別紙申込書のとおり９部門

　　２．サーベイ試料配付日　　**令和4年9月4日（日）**発送、翌日到着の予定

　　　　　　　　　　　　　　　調査手引き書の閲覧および回答入力は、

**令和4年9月5日（月）〜 9月16日（金）**予定

　　３．**参加申込み期間（締め切り）**　**令和4年7月19日（火）～ 8月2日（火）**

　　４．参加申込み先　　　　 鳥取県医師会事務局 FAX 0857-29-1578（送信票不要）

|  |
| --- |
| 【申込み・請求等の問い合せ先】  鳥取県医師会事務局  担当：上治、井上　TEL 0857-27-5566 |

|  |
| --- |
| 【実施内容についての問い合せ先】  鳥取大学医学部附属病院　病理部  担当：遠藤　TEL 0859-38-6881 |

* 昨年度の調査報告書は、参加施設と配布希望のあった施設へ送付しておりますので、配布ご希望がありましたら鳥取県医師会までご連絡下さい。

**令和４年度鳥取県臨床検査精度管理調査参加申込書**

　令和４年度鳥取県臨床検査精度管理調査への参加を申し込みます。　**※ は必須記入項目**

**※** 貴施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　**※** 日臨技登録施設番号：

**※** 部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　**※** 連絡責任者：

**※** 住所　：〒

**※** 電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 部門 | **↓**参加希望部門・項目群に○をしてください（１部門・１項目でも結構です） | | 参加費用 |
| 生化学 |  | ｸﾞﾙｺｰｽ、総ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ、中性脂肪、HDL-C、LDL-C、総蛋白、ｱﾙﾌﾞﾐﾝ、T-Bil、尿酸、尿素窒素、ｸﾚｱﾁﾆﾝ、Na、K、Cl、Ca、鉄、無機リン、AST、ALT、ALP、LD、γ-GT、ｱﾐﾗｰｾﾞ、CK 、ｺﾘﾝｴｽﾃﾗｰｾﾞ、CRP | 1,000円 |
|  | ヘモグロビンA1c（NGSP値） |
| 血液 |  | 赤血球数、白血球数、Hb、Ht,、血小板数、MCV、白血球機械分類、網状赤血球 | 1,000円 |
| 一般 |  | 尿定性（蛋白・糖・潜血） | 1,000円 |
|  | 便潜血 |
| 免疫血清 |  | HBs抗原、HCV抗体、TP抗体 | 1,000円 |
|  | AFP、CEA、CA19-9、PSA、FT4、TSH、アンケート調査  ※FT4、TSHは参考評価(評価対象外)になります。 |
| 生理 |  | 心電図フォトサーベイ | 1,000円 |
|  | 腹部超音波フォトサーベイ |
| 輸血 |  | 血液型＋不規則抗体検査＋輸血対応、輸血フォト、アンケート調査 | 1,000円 |
| 微生物 |  | 微生物フォトサーベイ | 1,000円 |
| 細胞学 |  | 細胞診フォトサーベイ | 1,000円 |
| 病理学 |  | 病理フォトサーベイ | 1,000円 |
|  | | **参加部門数　　　　　　部門** | **①**  **円** |
|  | | **基本参加料　（会員施設1,000円、非会員施設5,000円）** | **②**  **円** |
|  | | 1. **+ ② 合計** | **円** |

* 実施の手引き、フォトサーベイ画像の閲覧および回答入力などは専用のＷｅｂシステムを使用します。インターネットに接続されたパソコンをご用意ください。
* 参加費用は1部門あたり1,000円に基本参加料1,000円又は5,000円が加算されます。
* 参加費用は後日、鳥取県医師会事務局より請求いたします。
* 問い合わせ先：鳥取大学医学部附属病院　病理部　遠藤　由香利　　TEL　０８５９（３８）６８８１
* 申込先：〒680-8585　鳥取市戎町317　　鳥取県医師会事務局　上治　宛

**ＦＡＸ　０８５７-２９-１５７８（送信票不要）　令和4年8月2日（火）必着**

☆　試料発送先が申込みの住所と異なる場合は以下にお届け先の住所、施設名、連絡者名および電話番号をご記入ください。

　試料お届け先：

住所　〒　　　－　　　　　　　　　　　　　施設名　　　　　　　　　　連絡者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号