

お知らせ

2024 年度 (第 40 回) 沖縄県医師会臨床検査精度管理調査 参加申し込みについて (ご案内)

沖縄県医師会では、毎年、沖縄県臨床検査技師会の協力を得て、臨床検査精度管理調査事業を行っております。

今年度も検査施設等の臨床検査の質的向上を目的として、下記要項に基づき調査を実施することに致しました。本事業への参加を希望する場合には、8 月 24 日 (土) までに、別紙参加申込書により FAX (098-888-0089) にてお申し込みください。

記

1. 実施期間

参加受付：2024 年 8 月 5 日 (月) ～ 8 月 24 日 (土)

試料配布：2024 年 9 月 29 日 (日) ～ 回答締め切り：2024 年 10 月 12 日 (土)

2. 実施項目：

▼生化学検査部門	酵素項目：8 項目、濃度項目：18 項目
▼免疫・血清検査部門	HBs 抗原検査、HCV 抗体検査、TP 抗体検査、AFP、CEA、PSA、TSH、F-T4：8 項目
▼微生物検査部門	微生物 A、微生物 B：4 項目
▼血液検査部門	血球算定検査：5 項目、白血球分類：1 項目、血球形態検査：1 項目、血球凝固検査：3 項目
▼一般検査部門	尿沈渣、尿定性：2 項目
▼輸血検査部門	血液型検査、不規則抗体検査、机上問題：3 項目
▼病理部門	病理 A、病理 B：2 項目
▼細胞検査部門	フォトサーベイ：1 項目
▼生理検査部門	心電図、腹部・体表、心臓の各フォト：3 項目

3. 参加費：22,000 円 (参加お申込後、ご案内致します)

沖縄県医師会 業務 1 課(新垣(真)・平木)行き (FAX:098-888-0089)

2024 年度(第 40 回)沖縄県医師会臨床検査精度管理調査 参加申込書

沖縄県医師会臨床検査精度管理調査宛て下記のとおり申込みます。

施設名：	
住所：〒	
TEL：	FAX：
e-mail（必須）：	
調査担当者所属部署：	氏名：

I. 参加項目

参加される項目の口内にチェックの記入を行ってください。

昨年度と同じく、日臨技精度管理システムを利用して、各施設にて参加項目の登録をしていただきます。自施設での登録可否につきまして、下記の口内にチェックをお願いします。自施設で登録不可の施設や初参加の施設は実行委員にて代理登録いたします。

(1) 登録方法

- ☐ 自施設にて登録する * 2024 年 8 月 24 日(土)締切
- ☐ 実行委員による登録代行を希望する

(2) 参加項目選択

- ☐ 生化学検査
- ☐ CBC(フォトサーベイを含む)
- ☐ 尿一般検査(フォトサーベイを含む)
- ☐ Hb-A1c
- 微生物検査: 参加される場合、微生物 A、B のいずれかを選択してください。
 - ☐ 微生物 A (グラム染色や抗酸菌染色などの細菌顕微鏡検査のみ)
 - ☐ 微生物 B (微生物 A+同定・薬剤感受性検査)
- ☐ 血液凝固検査 (PT、APTT、フィブリノーゲン)のいずれか1項目以上に参加する。
- ☐ HBs 抗原、HCV 抗体、TP 抗体
- ☐ 腫瘍マーカー (AFP、CEA、PSA、TSH F-T4)
- ☐ 輸血検査
- 病理検査: 参加される場合、病理 A、B のいずれかを選択してください。
 - ☐ 病理 A: フォトのみ
 - ☐ 病理 B: フォト+染色(特殊染色: PAS 反応)
- ☐ 細胞検査(フォトサーベイ)
- ☐ 生理検査(フォトサーベイ)

II. フォトサーベイ閲覧方法と回答方法について

フォトサーベイの画像は日臨技精度管理システムを利用し、インターネット Web サイトにて閲覧していただきます。回答方法も同システムを利用し、Web サイトにて入力していただきます。閲覧方法および入力方法の詳細は後日ご案内いたします。

※参加費振込日(または振込予定日)を必ずご記入ください。 2024 年 _____ 月 _____ 日

※参加費は 8 月 30 日(金)までにお振り込みください。