

福岡県医師会第993号(地)
平成18年 8月 7日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義武



平成18年度(第35回)福岡県医師会臨床検査精度管理調査について(ご案内)

盛夏の候 貴職ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、臨床検査は、いつ・どこで受けても同じ検査項目なら同じ値が出なければなりません。また、恒常的に高いレベルを維持するために、本会におきましては、毎年、精度管理調査を実施し、その結果をもとに研修会を実施して参りました。特に、平成8年度からは、県内検査の検査値の標準化に努めているところです。

さて、今年度も、標記精度管理調査を、昨年度同様に、県内施設一括して九州臨床検査精度管理調査に参加して行ないますので、多数ご参加いただきますよう貴会からもご案内していただきますようお願い申し上げます。

なお、

1) 従来同様、福岡県独自の解析を行います。

2) 準備の都合がございますので、ご参加の有無を8月11日(金)までに、FAX
(092-411-6858)にてご回答いただきますようお願い申し上げます。

(参加されない場合もアンケート調査にご協力いただきますようお願いいたします)

3) 参加費につきましては、下記口座へ同封の郵便振替票又は電信扱いで9月末日まで
にご入金をお願い致します。(振込手数料は各施設でご負担願います)

※郵便振替口座番号：01780-6-96047

加入者名：福岡県医師会

4) 福岡県臨床衛生検査技師会主催の月例サーベイが実施されています。参加ご希望の施設は別紙をご参照いただき、検査技師会(Tel: 092-713-5920)へ直接ご連絡いただきますようご高配下さい。

5) 県内の病院へは、本会より直接ご案内いたしております。

小郡三井医師会より

担当理事 毛利康茂



記

1. 平成18年度（第35回）福岡県医師会臨床検査精度管理調査

①調査方法

福岡県医師会で県内施設を一括して九州臨床検査精度管理調査に参加する。

②参加資格（対象）

臨床検査に関係する病院・診療所・保健福祉環境事務所・衛生検査所等

③試料発送日：平成18年9月5日（火）（クール宅急便で直接各施設へ発送）

※日水製薬(株)からの試料発送日であって、各施設への到着日ではありません

④参加費：22,000円

※EIA・RIAの参加につきましては、別途10,000円の追加をお願いいたします。（EIA・RIAのみを参加される場合は料金は32,000円です）

⑤調査項目について

従来より免疫血清項目として参加を募っていましたがCRP、IgG、IgA、IgM、C3、C4、CH50は、本年度より生化学項目に移行しました。CRP、IgG、IgA、IgM、C3、C4、CH50ご参加の場合は生化学に申し込みお願い致します。また、本年度よりRFを追加いたしました。

1. [生化学]

- | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------|---------------|--------------------|------------|---------|
| 1) ブドウ糖 | 2) 総コレステロール | 3) HDLコレステロール | 4) LDLコレステロール | | |
| 5) リン脂質 | 6) 遊離脂肪酸 | 7) 中性脂肪 | 8) クレアチニン | 9) 尿酸 | |
| 10) 尿素窒素 | 11) 総ビリルビン | 12) 直接ビリルビン | 13) 無機リン | 14) 鉄 | |
| 15) カルシウム | 16) ナトリウム | 17) カリウム | 18) クロール | 19) マグネシウム | 20) ALP |
| 21) γ -GT | 22) AST (GOT) | 23) ALT (GPT) | 24) CPK | | |
| 25) AMY | 26) LD | 27) LAP | 28) CHE | | |
| 29) 総蛋白 | 30) アルブミン | 31) 蛋白分画 | 32) ヘモグロビン | | |
| 33) 尿 (尿蛋白・尿糖・尿潜血・尿白血球) | 34) HbA _{1c} | 35) CRP | | | |
| 36) IgG | 37) IgA | 38) IgM | 39) C ₃ | | |
| 40) C ₄ | 41) CH50 | 42) RF | | | |

2. [免疫血清]

- | | | |
|-----------|-----------|--------|
| 43) HBs抗原 | 44) HCV抗体 | 45) 梅毒 |
|-----------|-----------|--------|

3. [EIA・RIA]

- | | | | |
|------------------|---------------------|---------------------|------------|
| 46) CEA | 47) AFP | 48) CA19-9 | 49) PSA |
| 50) TSH | 51) FT ₃ | 52) FT ₄ | 53) インシュリン |
| 54) β_2 -M | 55) IgE | 56) フェリチン | |

4. [輸血]

- 57) ABO式血液型、Rh血液型、不規則抗体血液型

5. [微生物]

- | | | |
|--------|----------|---------|
| 58) 検鏡 | 59) 分離同定 | 60) 感受性 |
|--------|----------|---------|

6. [血液凝固]

- | | | |
|--------|----------|--------------|
| 61) PT | 62) APTT | 63) フィブリノーゲン |
|--------|----------|--------------|

⑥今年度より調査結果の評価を行う予定にいたしております。

⑦結果発表：△と き 平成19年2月11日（日）午後2時

△ところ 九州大学百年講堂（福岡県独自のデータ解析を行ないます）

※九州臨床検査精度管理研究会発表会：同日の午前中に同会場で開催。

※詳細につきましては、後日ご案内いたします。

⑧その他ご不明な点がございましたら、福岡県医師会地域医療課（Tel.092-431-4564）までご連絡願います。

送付先：福岡県医師会 地域医療課 宛

FAX：092-411-6858

平成18年度(第35回)福岡県医師会臨床検査精度管理調査について

※①②については、いずれかの【 】に○印をお願いします

①【 】 参加する

※参加検査項目番号に○印をつけて下さい。

1. 生化学

2. 免疫血清

3. E I A ・ R I A

4. 輸 血

5. 微生物

6. 血液凝固

②【 】 参加しない

参加しない理由

※③のアンケート調査につきましては、今回の調査に参加されない場合でもご回答いただきますよう
ご協力をお願いします

③アンケート調査

(1) 貴施設は、別紙の福岡県医師会共通基準範囲を使用しておられますか。

1) 使用している

2) 一部使用している

3) 使用していない

4) 今後使用する予定 5) その他 ()

貴施設についてご回答ください

施設名

住 所

〒 TEL

検査室責任者名

試料受取責任者名

(試料を発送する時の宛名になります。不参加の場合は記入不要です。)

記入者名

平成18年 月 日

福岡県臨床衛生検査技師会主催 月例サーベイ ご案内

1. 対象施設 : 臨床衛生検査技師会会員の勤務施設
2. 実施方法 : 毎月、試料を施設へ配布し実施する
3. 連絡先(相談先):

○ 福岡県臨床衛生検査技師会臨床化学研究班班長 篠原 克幸
(福岡大学筑紫病院検査部 TEL 092-921-1011)

【 福岡県臨床衛生検査技師会 事務局 】

〒810-0042
福岡市中央区赤坂1丁目14-5
福岡県看護等研究研修センター内
TEL 092-713-5920

※臨床衛生検査技師会主催の月例サーベイの年会費は1,200円です。年会費の振込み等につきましては、検査技師会事務局(Tel 092-713-5920)までご相談ください。
今回のご案内に同封した、福岡県医師会臨床検査精度管理調査参加費振込用の「郵便振替票」は、月例サーベイ年会費振込用としてはご使用しないように十分ご注意ください。