

福岡県医師会第950号(地)
平成25年7月4日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一 良
(公印省略)

平成25年度(第42回)福岡県医師会臨床検査精度管理調査について(ご案内)

時下 貴職ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

臨床検査は、どこの施設で行っても限りなく同じ値が出るよう、精度をあげることが重要であります。また、恒常的に高いレベルを維持するために、毎年、本会におきまして精度管理調査を実施し、その結果をもとに研修会を実施いたしております。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あります。

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、福岡県独自の解析を行いますので、多数ご参加いただきますようご案内申し上げます。

なお、病院や例年参加頂いている施設には本会より直接ご案内しております。

問合せ：福岡県医師会地域医療課

担当：富永、恒吉

TEL：092-431-4564

FAX：092-411-6858

平成25年度（第42回）

福岡県医師会臨床検査精度管理調査

【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。

【参加資格】 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

【申込み締切】 8月12日（月）

別紙参加申込書に必要事項を記入のうえ、FAX（092-411-6858）にてお申し込みください。

【参加費】 25,000円 ※EIA・RIA参加の場合はプラス10,000円。
（EIA・RIAのみを参加される場合の料金は35,000円です。）

【振込み締切】 8月12日（月）

下記口座へ郵便振替票（見本参照）又は電信扱いで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：公益社団法人 福岡県医師会

【試料発送日】 平成25年9月3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。

【結果研修会】 平成26年3月9日（日）午後2時

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。

【調査項目】

〔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) 中性脂肪 | 6) クレアチニン | 7) 尿酸 | 8) 尿素窒素 |
| 9) 総ビリルビン | 10) 直接ビリルビン | 11) 無機リン | 12) 鉄 |
| 13) カルシウム | 14) ナトリウム | 15) カリウム | 16) クロール |
| 17) マグネシウム | 18) ALP | 19) γ -GT | 20) AST (GOT) |
| 21) ALT (GPT) | 22) CK | 23) AMY | 24) LD |
| 25) ChE | 26) 総蛋白 | 27) アルブミン | 28) 蛋白分画 |
| 29) ヘモグロビン | 30) 尿 (尿蛋白・尿糖・尿潜血) | 31) HbA _{1c} | |
| 32) CRP | 33) IgG | 34) IgA | 35) IgM |
| 36) C ₄ | 37) C ₃ | 38) CH 50 | 39) RF |
| 40) 血算項目 | | | |

〔免疫血清〕

- | | | |
|-----------|-----------|--------|
| 41) HBs抗原 | 42) HCV抗体 | 43) 梅毒 |
|-----------|-----------|--------|

〔EIA・RIA〕

- | | | | |
|------------|------------------|---------------------|---------------------|
| 44) CEA | 45) AFP | 46) CA19-9 | 47) PSA |
| 48) CA125 | 49) TSH | 50) FT ₃ | 51) FT ₄ |
| 52) インシュリン | 53) β_2 -M | 54) IgE | 55) フェリチン |

〔輸血〕

- 56) 血液型

〔微生物〕

- | | |
|----------|---------|
| 57) 分離同定 | 58) 感受性 |
|----------|---------|

〔血液凝固〕

- | | | |
|--------|----------|--------------|
| 59) PT | 60) APTT | 61) フィブリノーゲン |
|--------|----------|--------------|

【福岡県臨床衛生検査技師会サーベイのご案内】

福岡県臨床衛生検査技師会では、臨床化学検査の標準化を目指す年間10回のサーベイが行われています（年会費3,000円）。

サーベイの申し込み・お問合せは、福岡県臨床検査技師会 篠原克幸（福岡大学筑紫病院臨床検査部、Tel 092-921-1011）へ直接ご連絡下さい。

（※注）本臨床検査精度管理調査とは異なります。本調査についてのお問い合わせは福岡県医師会地域医療課（092-431-4564）までお願い致します。

平成25年度(第42回)福岡県医師会臨床検査精度管理調査申込書

○調査について

【 】 参加する

※参加検査項目番号に○印をつけて下さい。（ ）内に1か月の平均検体数をご記入ください。

1. 生化学 (/月) 2. 免疫血清 (/月) 3. E I A · R I A (/月)
4. 輸 血 (/月) 5. 微生物 (/月) 6. 血液凝固 (/月)

【 】 参加しない ◆理由 { 外注している ・ 他の調査に参加している
その他 ()

※参加されない場合につきましても、下記のアンケートに回答のうえ、事務局宛にお送り願います。

○アンケート調査

- [illegible]

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。)

記入者名：

請求書が必要な場合は、092-431-4564 までご連絡ください。

福岡県医師会共通基準範囲

臨床化学検査値 25 項目

項 目	範 囲	単 位	項 目	範 囲	単 位
TP	6.7 ~ 8.3	g/dL	LDL-C	139 ^{*3} ≥	mg/dL
ALB	4.0 ~ 5.0	g/dL	TG	30 ~ 149 ^{*3}	mg/dL
BUN	8 ~ 22	mg/dL	GLU ^{*1}	69 ~ 109 ^{*3}	mg/dL
CRE M	0.6 ~ 1.1	mg/dL	GLU ^{*2}	80 ~ 109 ^{*3}	mg/dL
CRE F	0.4 ~ 0.7	mg/dL	CRP	0.2 ≥	mg/dL
UA M	3.6 ~ 7.0 ^{*3}	mg/dL	AST	13 ~ 33	U/L
UA F	2.3 ~ 7.0 ^{*3}	mg/dL	ALT	6 ~ 30 ^{*3}	U/L
TB	0.3 ~ 1.2 ^{*3}	mg/dL	ALP	115 ~ 359	U/L
Na	138 ~ 146	mmol/L	LD	119 ~ 229	U/L
K	3.6 ~ 4.9	mmol/L	CK M	62 ~ 287	U/L
Cl	99 ~ 109	mmol/L	CK F	45 ~ 163	U/L
Ca	8.7 ~ 10.3	mg/dL	AMY	42 ~ 132	U/L
IP	2.5 ~ 4.7	mg/dL	ChE	214 ~ 466	U/L
TC	128 ~ 219 ^{*3}	mg/dL	γ-GT	10 ~ 47	U/L
HDL-C	40 ^{*3} ~ 96	mg/dL			

*¹ブレーン管 *²解糖阻止剤入採血管 *³病態識別値

福岡県医師会共通基準範囲に採用した病態識別値を以下に示す。

【病態識別値を付記する項目】

項 目	範 囲	単 位	根 拠
TB	0.3~ <u>1.2</u>	mg/dL	体質性黄疸の鑑別上
ALT	6~ <u>30</u>	U/dL	病理学的所見上

(福岡県五病院会設定)

(記入例)

参加費 = 25,000円
* EIA-RIA参加の場合、
35,000円

払 込 取 扱 票													
口座記号番号													
金額													
千 百 十 万 千 百 十 円													
0	1	7	8	0	6			9	6	0	4	7	
加入者名 社団法人 福岡県医師会										料金		備考	
精度管理調査参加費													
通信欄										施設 No. 00			
ご依頼人										日 附 印			
(ご連絡先電話番号)													

各票の※印欄は、ご依頼人において記載してください。

裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)
これより下部には何も記入しないでください。

振替払込請求書兼受領証

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。
切り取らないでください。

口座記号番号													
加入者名													
金額													
千 百 十 万 千 百 十 円													
0	1	7	8	0	6			9	6	0	4	7	
社団法人 福岡県医師会													
ご依頼人										様			
料金										日 附 印			
備考													

この受領証は、大切に保管してください。